Docteur Paul COIRRE
de la Faculté de Médecine
de Paris

L'Opération de Bouilly

(Amputation haute du col et Colpectomie)

dans le Traitement des Prolapsus Génitaux

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1921

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET A CELLE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR ERNEST DAYOT

A Monsieur le Docteur LENORMANT

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hopital Saint-Louis

Qui nous a donné le sujet de notre thèse, nous a guidé dans nos recherches et a mis à notre disposition ses observations.

Nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre reconnaissance pour son appui et l'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de presider cette thèse.

Qu'il veuille bien agréer ici l'hommage de ma profonde gratitude.

A mes Maitres des Hopitaux et de la Faculté de Paris

M. le Professeur DELBET (hopital Necker)

M. le Professeur ACHARD
(hopital Necker et hopital Beaujon)

M. le Professeur PINARD (Baudelocque)

M. le Professeur POZZI (in memoriam) (hopital Broca)

M. le Professeur agrégé RIEFFEL (hopital Saint-Louis)

M. le Professeur PRENANT

M. le Professeur agrégé MULON

M. le Professeur agrégé BRANCA

A mes maitres de l'École de Médecine de Rennes

MM. les Docteurs PERRIN de la TOUCHE (in memoriam)

H. DAYOT, LE DAMANY, LE MONIET,

FOLLET, LEFEUVRE.

A Messieurs les Docteurs

CHAMPY, Professeur agrégé,

MILLIAN, médecin des hopitaux,

NOIRÉ, BELLOT,

VERON, MARQUIS, HUCHET CHEVREL

de l'École de Rennes.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de reprendre dans ce modeste travail l'étude de la vaste question des prolapsus génitaux, ni de discuter les méthodes de traitement chirurgical qui ont été proposées en vue de leur cure radicale. Cette affection dont les causes et les degrés sont si divers n'est pas justiciable d'une thérapeutique unique, invariable. Tous les procédés opératoires ou presque tous, peuvent trouver leurs indications dans la pratique ; les lésions du prolapsus étant variables sur une large échelle depuis les cas les plus légers où le prolapsus est uniquement vaginal sans grand abaissement de l'utérus et sans altération du col, jusqu'aux grands prolapsus totaux où le retournement du vagin est complet et où l'utérus pend à la vulve en permanence.

A côté de l'indication primordiale de restaurer le périnée et de rétrécir les parois du vagin élargi, indication commune qui se retrouve dans tous les cas, il en est d'autres dont il faut également tenir compte et qui dépendent du facteur étiologique du prolapsus, de son degré, des lésions surajoutées de l'utérus.

Nous n'aurons en vue dans cette thèse que le seul pro-

cédé de Bouilly : amputation haute du col avec colpectomie, suivie d'une péninéorraphie complémentaire. Ce procédé s'adresse spécialement aux cas très fréquents de prolapsus génital de gravité moyenne avec allongement hypertrophique du col ou gros col métritique. L'originalité de la méthode est dans la combinaison et le mode d'exécution des trois manœuvres qui composent l'opération.

Ayant donc examiné la façon dont est né le procédé, nous passerons en revue les indications et les avantages de la méthode et nous nous efforcerons, chemin faisant, de montrer la part prise par Bouilly à l'étude du prolapsus. Puis, après avoir rappelé la technique opératoire, nous relaterons les observations que nous avons pu recueillir et les résultats immédiats et éloignés de l'intervention. Tel est notre but. Nous n'avons pu malheureusement revoir toutes les opérées dont nous possédions les observations : la guerre avait passé et malgré nos recherches, un faible nombre de malades a répondu à nos sollicitations.

Nous tenons ici à rendre un juste hommage à la mémoire de notre collègue Gromier qui jeta les bases de ce travail et qu'une mort prématurée ravit au seuil de la carrière médicale.

HISTORIQUE

Aucune des trois manœuvres de l'opération de Bouilly ne constitue une nouveauté, en effet :

L'élytrorraphie avait été proposé par Girardin (1835), vulgarisée par Louis, Emmet, Sims, etc.

L'amputation du col (1), préconisée avec autorité par Lisfranc, pratiquée systématiquement par Huguier, devait être relevée par Ch. Braun, de Vienne; mais elle entrait définitivement dans le domaine chirurgical avec Aug. Martin, qui écartait les vieux moyens d'exérèse hémostatique.

Enfin les tentatives de colpo-périnéorraphie des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles et de la première moitié du XIX^e^ siècle devaient être perfectionnées et vulgarisées grâce à la découverte des méthodes actuelles d'avivement et de dédoublement en même temps que l'antisepsie les rendait réalisables. Les procédés d'Emmet (1872), Hégar, Lawson Tait, (1887) faisaient leur apparition.

Cependant, à une époque où les méthodes de traitement étaient aussi innombrables que les théories avancées pour

(1) L'amputation du col fut faite pour la première fois par Ambroise Paré, puis par Tulcius, d'Amsterdam (1652).

les expliquer, Bouilly eut le mérite de vouloir répondre par un véritable complexe opératoire aux indications curatrices multiples qui résultaient de la meilleure connaissance des lésions. La méthode n'a pas été employée dès la première fois sous sa forme définitive; elle s'est développée progressivement, s'améliorant lentement, à mesure que la considération des résultats immédiats et éloignés de nombreux cas de prolapsus opérés est venue peu à peu modifier l'acte opératoire ou en montrer telle défectuosité. Il y a donc une histoire de l'opération.

Les nombreuses observations communiquées par Bouilly et publiées en 1902 dans la thèse de Guénard nous permettent de suivre l'évolution du procédé.

De 1887 à 1896 court la période des tâtonnements et des incertitudes. Tandis que tous les accidents procèdent d'une même cause, l'intervention chirurgicale les traite séparément, comme s'il s'agissait d'affections séparées, indépendantes : on s'adresse donc successivement à chacuns des éléments cystocèle, rectocèle, allongement hypertrophique du col, affaissement périnéal; et le traitement des grands prolapsus génitaux est purement symptomatique.

C'est ainsi que la colpo-périnéorraphie se trouve réservée aux cas de prolapsus vaginal postérieur et d'affaissement du périnée quand ils sont manifestes cliniquement; mais elle n'est pas pratiquée systématiquement, de propos délibéré, comme elle le sera par la suite dans tous les cas de prolapsus génital.

Différentes étapes marquent cependant les modifications opératoires réalisées au cours de cette période.

De 1887 à 1891, Bouilly combine le plus souvent l'amputation haute ou basse du col utérin à la colpo-périnéorraphie dans les cas de grand prolapsus génital accompagné d'allongement hypertrophique du col avec ou sans déchirure obstétricale du périnée.

Amputation du col en un temps, en masse, suture circulaire de la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine autour de l'orifice externe du col; tel est le manuel opératoire. On y joint la colpo-périnéorraphie exécutée dans la même séance ou dans un temps ultérieur.

Mais déjà, dans une observation de mai 1890, un perfectionnement permettant de pratiquer plus facilement l'hémostase est apporté à la technique : par des sections latérales au niveau des commissures du col, deux lambeaux cervicaux sont formés et suturés séparément et successivement à la muqueuse vaginale.

De 1891 à 1896, nouvelle étape, l'amputation du col est combinée à la colporraphie antérieure et à la colpopérinéorraphie; un grand pas est accompli vers la méthode complète; mais cette colporraphie antérieure reste encore bien imparfaite. Elle n'arrive pas à réduire suffisamment l'amplitude des parois vaginales malgré sa jonction à la colpopérinéorraphie; la suture vaginale pratiquée est orientée dans le sens antéro-postérieur, parallèlement à l'axe de la cavité (procédé de Hégar), et se termine à une certaine distance du col : nous sommes encore bien loin

d'obtenir, comme dans le procédé définitif, ce bourrelet cicatriciel résistant, adhérant à la base des ligaments larges et entourant le moignon utérin, disposition si utile à la fixation de l'utérus et du vagin.

Si nous consultons maintenant les observations correspondant à cette période de 1887 à 1896, nous voyons que les résultats immédiats y sont relativement satisfaisants; il n'en est pas de même des résultats éloignés : les deux seules malades qui ont pu être suivies sur 14 opérées avaient des récidives presque complètes, l'une trois mois, l'autre dix ans après l'intervention. Nous devons également noter, pendant cette période, la présence de complications septiques dans les suites opératoires.

Ainsi, peu à peu instruit par l'expérience et les [illegible] ves qu'il observe, connaissant mieux aussi l'évolution et la combinaison des lésions, Bouilly modifie son procédé et la méthode s'étend, se complète, ainsi qu'elle se parachève. Vers 1896, une modification capitale y est apportée : la résection étendue de la paroi vaginale antérieure avec orientation transversale de la suture réparant la brèche vient remplacer l'ancienne colporraphie antérieure. La technique prend son caractère définitf; elle est exposée au Congrès de Chirurgie en 1896, puis publiée en 1902 dans un article de Bouilly et Lœwy. Le « complet » Bouilly avec ses trois temps essentiels est réalisé. Les deux premières manœuvres, colpectomie et amputation haute du col, portent surtout l'empreinte de Bouilly : en effet, ce dernier proposait bien pour la colpopérinéorraphie terminale un procédé personnel d'avivement triangulaire

très superficiel par simple ébarbement de la muqueuse aux ciseaux; mais il restait fidèle, en somme, aux principes de la méthode d'Hégar, y portant peu de retouches. Notons cependant encore la petite différence suivante avec le procédé d'Hégar : « au lieu d'amener directement en avant et en haut les branches divergentes du V à sommet supérieur, nous traçons d'abord, dit Bouilly, ce V dans la portion vaginale proprement dite et relevons ses branches à gauche et à droite, à partir du point qui correspondra à l'union avec le vagin du corps périnéal reconstitué. »

M. Lenormant qui, comme élève de Bouilly, avait pu apprécier toute la valeur de son opération en rappelle le procédé en 1914; il fixe la technique, y apportant quelques modifications de détail, et en même temps précise les indications qui sont le prélude de toute entreprise curatrice.

LES INDICATIONS

Bien que depuis longtemps, à l'exemple de Trélat et de son élève Bouilly, les appellations, descente, précipitation de la matrice, prolapsus utérin aient été remplacées par la dénomination plus compréhensive et plus générale de prolapsus génital; ce dernier terme reste encore forcément imparfait étant donné la complexité de l'affection en question. Le prolapsus génital n'est en effet, ni la lésion isolée, ni la lésion primitive; il y règne un tel ensemble de lésions se succédant et se commandant, qu'il est impossible d'envisager une application thérapeutique, sans jeter un regard sur les causes qui leur sont dévolues et sans marquer l'enchaînement des conditions étiologiques.

Laissons de côté pour le moment les cas de prolapsus aigu, d'ailleurs rares, qui se produisent chez les vierges ou les nullipares à la manière des hernies de force, véritables hernies vulvaires où la part des dispositions congénitales des parties molles (Trélat) ou osseuses (Rütter) à été invoquée : nous voyons que la condition indispensable de la production des prolapsus, à date plus ou moins éloignée de l'accouchement, réside en l'état particulier des tissus constituant le périnée, le vagin, l'utérus et ses liga-

ments : cet état ne permet plus aux parties, qui assuraient le rôle de soutien pour cette région, de remplir leur lutte efficace contre la pression abdominale et ainsi se constitue ce pénible « stigmate de la maternité ».

Mais, avant d'en arriver à cette situation, des actions mécaniques sont venues de toute évidence distendre et affaiblir, même violenter et déchirer ces moyens de contention: il est donc naturel d'invoquer, comme cause initiale de l'affection, des lésions mécaniques de déchirure et de distension qui, elles, auront pour conséquence, à plus ou moins longue échéance, des troubles de nutrition des tissus, des altérations dystrophiques des ligaments utérins, des muscles du périnée, et du plancher pelvien. Ces derniers troubles, deuxième cause des prolapsus, ne font que s'exagérer à mesure que progressent relâchement et descente, si bien qu'ils arrivent à dominer toute la pathogénie de l'affection, et leur étendue peut être telle, qu'ils nécessitent des indications spéciales ou compromettent singulièrement le résultat de l'intervention.

Ces causes furent d'ailleurs bien mises en lumière par Trélat, Forgue, Bouilly : ce dernier disait que le travail de déchéance tissulaire « ne se produit jamais avec plus d'intensité et de précocité que lorsqu'il est préparé par des lésions traumatiques du périnée, du vagin, de l'utérus » et il montrait que la déchirure ou l'ouverture sous-muqueuse du corps périnéal, l'agrandissement de la fente vulvo-vaginale ,la déchirure du col utérin, sont les éléments primordiaux de la descente des organes et de leurs troubles de nutrition. Si ces traumatismes de l'accouche-

ment sont importants, il ne faut pas oublier dans la genèse de l'affection le rôle des grossesses répétées, habituant les organes à la distension, et surtout la grande part mécanique, qui revient à tout excès de la pression abdominale. Efforts répétés et prolongés, utérus resté volumineux par suite de mauvaise involution après la parturition, tumeurs de l'utérus et des annexes dont l'action est signalée par de nombreux auteurs. (Duplay, Terrier, Pierrefonds, etc.) agissent de cette dernière façon. Cependant un effet identique est réalisé par la seule déficience de l'appareil de soutien provenant de maladies consomptives (anémie, chlorose), de l'âge des tissus (ménopause), la balance avec la pression abdominale étant ainsi rompue : c'est au même résultat qu'aboutissent le lever trop hâtif ou la marche trop tôt reprise après l'accouchement; les tissus n'ayant pas encore repris dans ces conditions leur rôle normal au point de vue statique.

Quelle que soit la valeur des phénomènes mécaniques, il ne sont pas tout : une accouchée, eût-elle présenté une déchirure complète du périnée, ne fait pas pour cela un prolapsus et à l'opposé, une nullipare peut être porteuse d'un prolapsus sans qu'il y ait eu ni déchirure, ni distension. C'est qu'il existe un facteur inhérent à la valeur fonctionnelle des tissus de chaque femme; il y a certainement une prédisposition individuelle. « Ne fait pas un prolapsus qui veut », a-t-on pu dire. Si certaines, après un ou plusieurs accouchements, ne présentent que quelques vergetures et ont une vulve et un périnée à peine distendus, il en est d'autres, infiniment moins favorisées.

porteuses de nombreux plis à la peau, chez lesquelles éventrations et hernies deviennent possibles, toutes les sangles étant flasques et relâchées (ventre trilobé des multipares) et les différentes parois se laissant facilement plisser entre les doigts. C'est cette seconde catégorie de femmes qui fournit les prédestinées au prolapsus.

INDICATIONS THÉORIQUES

Après l'exposé de ces quelques généralités, nous devrions, pour être complet, dégager de l'étude anatomo-clinique des principaux types de prolapsus, le jeu des lésions de leurs éléments constituant afin de procéder méthodiquement au traitement. Cette tâche nous est impossible; nous étant placé sur le terrain d'indications d'une opération définie, nous aurons donc en vue les prolapsus susceptibles de l'application de l'intervention de Bouilly. De là la nécessité d'une première division.

A l'exemple de M. Lenormant nous ferons la sélection suivante : (Bouilly donne une division très analogue).

Les prolapsus modérés uniquement vaginaux, sans grand abaissement de l'utérus, et sans altération du col, seront traités par la colporraphie antérieure et la colpo-périnéorraphie (procédé classique de l'avivement). S'il y a une rétroversion nette on ajoutera à l'intervention une hystéropexie indirecte (fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale suivant la méthode de Doléris).

Le procédé de choix pour les grands prolapsus totaux des femmes âgées, lorsque le retournement du vagin est complet et que l'utérus pend constamment à la vulve, sera l'hystérectomie vaginale accompagnée d'une résection aussi étendue que possible des parois vaginales et

d'une colpopérinéorraphie complémentaire. Ainsi on pourra employer l'opération de Fritsch (large colpectomie avec hystérectomie vaginale) ou la colpo-hystérectomie de Desmarest. C'est également dans certains de ces cas qu'on pourra recourir au procédé de cloisonnement du vagin du type Lefort ou à l'opération de Müller (colpectomie totale avec conservation de l'utérus). M. Savariaud a associé avec succès la colpectomie de Müller à l'amputation élevée du col et à la colpo périnéorraphie du type Hégar.

Enfin dans un grand nombre de cas, précisément ceux nous intéressant, il s'agit de prolapsus moyens ou accentués qui, chez des femmes encore en vie génitale, s'accompagnent d'altérations du col utérin; la méthode de Bouilly y trouve sa parfaite utilisation. Quelles sont alors ses indications? elles doivent découler logiquement de la connaissance des données pathogéniques et anatomiques qui commandent la production des lésions des prolapsus de cette sorte. C'est pour avoir méconnu ces notions que tant d'errements se sont produits autrefois dans la cure de l'affection : comme l'a dit Schruder « c'est à cette facilité extraordinaire du diagnostic qu'il faut attribuer que le diagnostic précis, c'est-à-dire l'appréciation du rôle que joue en particulier chacun des organes qui entrent dans la composition de la tumeur, a été négligé pendant si longtemps. »

Résection des parois vaginales, amputation sus vaginale du col, colpopérinéorraphie sont les trois éléments de l'opération; comment se comportent les trois facteurs auxquels ils s'adressent ?

Facteur vaginal. - Elargissement et allongement des parois vaginales

A l'état normal, un bon moyen de contention des parois vaginales et assuré par l'heureuse disposition du plancher périnéal : l'obliquité marquée de la paroi vaginale postérieure, par rapport aux plans superficiels, réalise en effet, un véritable éperon fibro-musculaire intermédiaire entre la portion inférieure de la muqueuse vaginale et les éléments cutanés. La pression abdominale, vient-elle à s'exercer, est transmise par l'intermédiaire des organes sus-jacents, c'est-à-dire utérus en antéposition normale et vessie, à la paroi vaginale qui les sous-tend; celle-ci ne peut dans ces conditions que s'appliquer avec plus de force sur sa congénère, la paroi postérieure; et en définitive l'effort vient s'épuiser dans le solide plan périnéal: un simple bombement extérieur passager se produit à ce moment et la muqueuse vaginale n'a nulle tendance à faire saillie à l'orifice vulvaire.

Cependant un autre facteur très important intervient pour conserver cet équilibre; il s'agit du muscle pubo-rectal (Levatorshenkel de Halban et Tandler) dont MM. Piquand et Hue ont montré toute la valeur proposant le nom de releveur pubo-vaginal pour cette portion du releveur de l'anus. Follet, de Lille, insiste également sur le rôle de cette partie musculaire. Les deux muscles pubo-rectaux forment donc une anse embrassant dans sa concavité la paroi postérieure du vagin : à l'état de repos et par simple tonicité de ses fibres, cette anse vient sangler la

cavité vaginale et contribue ainsi à la transformer en cavité virtuelle tout en lui donnant une fente transversale; si la contraction se produit, l'occlusion du vagin s'accentue, mais aussi la traction musculaire agissant selon la direction des fibres, accuse encore plus l'obliquité de la paroi vaginale postérieure dans sa partie inférieure et peut arriver à rendre à ce niveau cette paroi presque horizontale. Ainsi se trouve exagérée la disposition de ce coin musculaire dont nous signalions l'importance précédemment; le butoir périnéal vient en effet se porter pour ainsi dire à la rencontre des forces qui tendaient à le faire fléchir.

Epron périnéal, releveur pubo-vaginal sont les deux puissants moyens qui assurent la statique de ce système; mais que les troubles de nutrition ou lésions mécaniques surviennent et les frappent, l'aspect normal de la région se trouve bouleversé. Le corps périnéal se trouve réduit dans toutes ses dimensions, il s'y fait un véritable écoulement et la salutaire obliquité de la paroi vaginale tend à disparaître en même temps que l'éperon périnéal; l'orifice vulvaire s'entrouvre et le vagin bâille laissant voir d'abord la partie inférieure de sa paroi antérieure qui bombe déjà sous l'effort de la pression abdominale. Cette paroi se trouve donc « en porte-à-faux, tendue comme un voile sans soutien ». (Bouilly); elle se laisse facilement et progressivement dérouler de bas en haut sous la moindre poussée et vient bientôt former une tuméfaction plus ou moins volumineuse au niveau de la vulve : le prolapsus est ainsi amorcé. Ajoutons toutefois qu'à

l'action mécanique s'ajoute la part des altérations dystrophiques, peut être plus marquées pour cette paroi antérieure qui est particulièrement violentée au temps de l'accouchement. Quoi qu'il en soit, la tumeur précédente une fois constituée, va surtout se développer dans le sens antéro-postérieur, les tissus qui se trouvent en arrière de cette saillie se laissant facilement repousser; la muqueuse qui se trouve à sa surface bien qu'épaissie perd ses plis normaux sous l'effet de la distention, et les dimensions de la lésion augmentant, un mince sillon indiquera seulement la place du cul-de-sac antérieur.

Mais, en même temps, la vessie n'étant plus soutenue accompagne fatalement dans son sort la paroi antérieure à laquelle elle adhère de telle sorte qu'à la colpocèle antérieure vient se joindre invariablement la cystocèle. (Cette lésion sera utilement appréciée par l'exploration intérieure de la vessie à la sonde métallique, ce qui permettra de déterminer, d'une part la hauteur de la cystocèle, d'autre part le niveau du repli vésical par rapport au col utérin.)

Cependant le prolapsus peut s'accentuer, faisant traction sur l'utérus et la paroi vaginale postérieure; celle ci bien que d'abord maintenue par le périnée vient à son tour faire saillie. Cette paroi est doublée par le rectum; aussi, dès que la tumeur qu'elle constitue est un peu importante, il semblerait naturel d'admettre qu'elle l'entraîne comme la paroi antérieure entraînerait la vessie. Il y a toutefois cette différence : d'une part une certaine laxité existe entre la paroi postérieure du vagin et le rectum; d'autre part, cet organe, étant fixé par des adhé-

rences au releveur et couché sur la concavité sacrée, ressent donc moins les effets de la pression abdominale; le résultat est que la rectocèle ne se constitue pas d'emblée à la suite de la colpocèle postérieure.

Enfin le prolapsus peut aller jusqu'à la hernie complète du vagin, de l'utérus et même d'anses intestinales accompagnant dans sa descente le cul-de-sac de Douglas, et nous pourrions faire entrer ici toute la description des formes anatomiques, échelonnées depuis la forme cysto-génitale de Guénard où le cul-de-sac postérieur est conservé jusqu'à la forme cysto et recto-génitale, forme de grand affaissement périnéal correspondant au prolapsus total.

De cet exposé de l'évolution des prolapsus il nous faut surtout retenir que c'est la paroi antérieure qui se déplace la première, accompagnée dans ce mouvement par la vessie qui, elle, subit tout d'abord l'influence de la pression abdominale. Déjà Cruveilhier avait bien marqué cet priorité de la paroi antérieure dans la chute; le fait n'est cependant pas constant puisqu'il existe des cas, rares d'ailleurs, de prolapsus utérins primitifs (nullipares et vierges) ou de lésions débutant par la rectocèle, ce que Trélat autrefois croyait être la règle.

La lésion est constituée : pour porter remède aux déformations résultant de l'allongement des parois vaginales il faut de toute évidence, rétrécir, diminuer l'ampleur de ces parois trop lâches et trop grandes; nous ne pouvons le faire qu'en supprimant « cet excédent d'étoffe » (Bouilly) par une résection plus ou moins étendue tout en

respectant cependant les organes ainsi rencontrés, vessie, intestin, dont nous réduirons la ptose autant que possible. Mais la chute de la paroi antérieure est la première en date, c'est sur elle que portera tout d'abord notre effort; et la saillie étant surtout développée dans le sens antéro-postérieur, il faudra fermer la brèche résultant de la résection par une suture rigoureusement transversale. La nouvelle paroi ainsi formée, prenant une forte attache antérieure au niveau de la symphyse pubienne par la muqueuse si épaisse et si résistante dans la région du tubercule vaginal et la partie sous-jacente au méat urinaire, consolidée à la partie postérieure par l'inclusion dans la suture d'éléments relativement fixes pris à l'utérus, réalise une véritable sangle solide, sangle vaginale de Bouilly, soutenant efficacement la vessie préalablement relevée. Ainsi se trouve réduit cet élément capital du prolapsus, la cystocèle.

Il y a plus, par la réunion de la suture transversale de la muqueuse vaginale au moignon utérin résultant de l'amputation du col, nous avons créé un bourrelet cicatriciel, solide, qui ponte l'excavation pelvienne d'une paroi à l'autre; cette nouvelle formation va constituer le dôme vaginal et consolider les organes pelviens sus-jacents, la base des ligaments larges venant faire corps avec ce pont fibreux.

D'autre part enfin, le raccourcissement que nous venons d'opérer par cette méthode de traitement porte tout le système en avant vers le pubis; ce déplacement agit heureusement sur l'utérus qu'il fixe en antéposition, empê-

chant ainsi, pour cet organe, toute tendance à la récidive : au sujet de cette disposition, Bouilly écrit « il se fait tout autour, dans le tissu cellulaire péri-utérin, un travail de rétraction à la suite duquel la portion sus-vaginale de l'utérus se trouve immobilisée et fixée et, s'il y a tendance à la récidive, je ne l'ai jamais vu se produire pour l'utérus, c'est la paroi vaginale antérieure ou postérieure qui se prolabe à nouveau. »

Quant au vagin, l'ayant modifié dans le sens antéro-postérieur ainsi qu'il a été dit, nous utiliserons une résection convenable de la paroi postérieure, au cours de la colpo-périnéorraphie terminale, pour le diminuer dans le sens tranversal.

Au cours de la description des lésions dont nous proposions le traitement, nous avons montré le prolapsus commençant par les portions les plus basses du vagin, au niveau de la traversée périnéale, se traduisant par un déroulement progressif des parois vaginales et pouvant de la sorte entraîner l'utérus; il n'en est pas toujours ainsi : dans quelques circonstances le prolapsus peut prendre son point de départ dans les parties hautes du vagin, au niveau de points faibles pré et rétro-utérins de l'aponévrose sacro-recto-génitale, et se constituer à la manière des hernies (Violet et Bonnet). C'est pour répondre à de tels cas que MM. Violet et Bonnet ont proposé la suture des ligaments vésico-utérins ou l'utilisation plastique de l'utérus (hernie pré-utérine), que M. Marion a proposé l'oblitération du cul-de-sac de Douglas (hernie rétro-utérine).

Facteur cervical

Mais des lésions secondaires ou surajoutées de l'utérus et notamment du col sont également une source d'indications dans le traitement du prolapsus : les premières se groupent, pour nous, dans l'allongement hypertrophique, les deuxièmes ont trait à la métrite cervicale.

Allongement hypertrophique

Les parois vaginales s'affaissent, faisant traction sur l'utérus au niveau de leurs attaches supérieures, comme nous l'avons vu précédemment. Cependant, tandis que dans les faits visés plus haut il s'agissait d'organes essentiellement mobiles, le processus pouvant être judicieusement assimilé à celui des hernies (Hart, Trélat); ici nous nous trouvons en présence d'un organe solide qui conserve des points stables au niveau de ses attaches profondes : il sera déformé avant d'être entraîné.

L'utérus se trouve, en effet, maintenu en place par des moyens de suspension et des moyens de soutien. L'appareil de suspension avec ses divers ligaments ne joue qu'un rôle secondaire et n'a guère d'autre effet que de guider l'utérus dans ses oscillations et le maintenir dans le plan sagittal; il faudrait toutefois mettre à part les ligaments utéro-sacrés qui ont une certaine importance (Kiwisch, Hergott, Ziegenspeck, Schultze). Au contraire le rôle capital dans la statique de l'utérus est dévolu aux puissants moyens de soutien que sont le diaphragme

pelvien et le trigone uro-génital, formés eux-mêmes par les releveurs de l'anus, renforcés des sphincters et des muscles du périnée. Supposons que lésions mécaniques et troubles dystrophiques soient venus frapper ces solides formations et ne leur permettent plus de s'opposer à la pression abdominale, l'utérus reste alors pris entre deux forces : d'une part, l'action des ligaments suspenseurs et notamment des ligaments utéro-sacrés (lig. suspenseurs d'Aran) qui tend à le maintenir dans la cavité pelvienne; d'autre part, la traction vaginale qui le tire en bas et au dehors. L'organe, sollicité de cette manière dans deux sens opposés et se laissant déformer au niveau de ses parties les moins résistantes, s'allongera forcément. D'ailleurs, la disparition du museau de tanche sous l'influence des tractions vaginales marque, pour ainsi dire, la signature du mécanisme que nous venons de décrire, mécanisme qui est la notion classique dans la pathogénie de cette lésion.

L'augmentation de la longueur de la matrice porte de préférence sur la partie sus-vaginale du col, mais elle peut aussi se faire par élongation de la partie sous-vaginale (Shrœder) ou de la totalité du col. Une bonne appréciation de cet allongement est fournie par l'hystéromètre qui indiquera une cavité très agrandie dans le sens de la longueur, pouvant mesurer jusqu'à 12 centimètres 5 (Guénard), 13 centimètres (observation de M. Lenormant). Ce même examen nous montrera encore que la cavité utérine est disposée soit verticalement soit en légère rétrodéviation.

Car le corps de l'utérus peut aussi suivre le mouvement de descente. Nous ne pouvons envisager ici les différentes théories expliquant la possibilité du prolapsus utérin : ce qui est incontestable, c'est que dans un tel cas l'utérus doit sortir d'une façon ou d'une autre de sa situation normale par rapport au vagin. Or, rétroversion légère et surtout station verticale de l'utérus confondant l'axe de cet organe avec celui du vagin permettent au corps utérin de s'engager facilement et de descendre entre les deux parois vaginales. C'est déjà cette disposition qui nous avait été révélée par l'hystéromètre et il est d'ailleurs possible qu'elle soit en partie acquise par le seul fait de la ptose du système vaginal. En tout cas il ne faudrait pas croire que la rétroversion primitive a engendré le prolapsus (Küstner); seulement, ces deux affections ayant des causes dont la parenté est proche, il n'est pas rare de les voir coexister.

Le prolapsus utérin peut être complet : on trouve alors le vagin complètement retourné en doigt de gant avec dans la masse l'utérus extériorisé, souvent petit et atrophique, ce dernier état surtout fréquent chez les femmes âgées. Mais entre ces cas extrêmes, justiciables le plus souvent de l'hystérectomie, et ceux où il n'y a pas d'abaissement vrai de l'utérus bien que le col dépasse de quelques centimètres l'orifice vulvaire, (l'apparence d'abaissement étant donnée précisément par l'allongement cervical), il y a toute une gamme de lésions où abaissement utérin réel et allongement se combinent. C'est précisément pour l'étude de ces cas que Guénard a proposé une

méthode de mensuration dite hytéro-pelvimétrie où la position de l'utérus est définie par des repères pris sur le bassin osseux : dans ces conditions, « on entend par abaissement utérin, la hauteur de la chute traduite par la distance qui sépare du détroit inférieur, l'orifice externe du col, indépendamment de l'allongement hypertrophique de ce dernier ». Guénard proposait de tirer des indications opératoires de ces mensurations en se plaçant naturellement dans des conditions identiques pour les réaliser : suivant le degré d'abaissement utérin il était possible de procéder à la simple amputation du col ou on devait recourir à l'hystérectomie.

Ce n'est que bien rarement que le col devenu plus long semble diminué d'épaisseur, la plupart du temps il est en même temps hypertrophié en masse, d'où le terme d'allongement hypertrophique si souvent rencontré dans les descriptions. Ce fait de l'allongement hypertrophique avait tellement frappé Hugier, qu'en 1859 il niait le prolapsus utérin ne voyant que la lésion du col et la croyant primitive. De nos jours, M. Salva Mercadé semble revenir en arrière et se rapprocher de cette ancienne conception en écrivant : « Quant à l'allongement hypertrophique que d'aucuns ont voulu expliquer comme une manifestation des tractions vaginales, nous le considérons comme une lésion antérieure qui ne présente avec le prolapsus d'autre rapport, que de favoriser l'abaissement de la paroi vaginale antérieure et par conséquent la cystocèle ». Nous n'osons nous ranger entièrement à cet avis : peut-être la place faite à la théorie mécanique dans la pathogénie de

l'allongement a-t-elle été trop grande, elle n'en existe pas moins : nous devons reconnaître cependant que, quoique rares, il est des cas où l'allongement hypertrophique existe seul sans prolapsus. Enfin, il ne faut surtout pas omettre le rôle capital joué dans cette lésion du col par l'œdème de stase qui résulte de la ptose et des tiraillements au niveau des pédicules vasculaires, par l'infection chronique et la congestion active qui l'accompagne, lésions si fréquentes dans les prolapsus. Pour certains ces phénomènes de métrite chronique, dont seraient responsables, en grandes partie, les désordres apportés à la statique et à la nutrition de l'utérus par l'affaissement du diaphragme pelvien, sont comparables à ces affections décrites par Doléris et Richelot sous le nom de fausses métrites et pseudo-métrites. Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion de l'étiologie et la pathogénie de ces lésions. En tout cas, à côté de tel états, si toutefois on les admet), il en est certainement d'autres où le rôle de l'invasion microbienne a pu être facilement décelé et c'est de la localisation cervicale si fréquente de cette sorte de métrites que nous nous occuperons.

Métrite cervicale

Toutes les observations de Guénard ayant trait à l'opération de Bouilly (31) mentionnent l'allongement hypertrophique; sur 15 de celles rapportées ici, on le trouve 8 fois : ce n'est donc pas une rareté; mais la métrite cervicale parenchymateuse est un autre élément fort important de lésions du col et existe soit isolée (sur 15 des

observations rapportées ici 4 fois) soit combinée à l'allongement hypertrophique (sur les mêmes observations 3 fois).

Cette métrite peut se développer d'autant plus facilement que les meilleures conditions lui sont fournies : œdème et stase déjà cités venant de la statique défectueuse des organes, parturitions souvent répétées avec toutes leurs causes d'infection notamment la déchirure du col. (Emmet, Pozzi). Bouilly et ses élèves ont également insisté sur le rôle de ces déchirures dans l'évolution ultérieure de la maladie montrant qu'elles exagèrent l'infection et l'hypertrophie scléreuse qui en est la conséquence. En effet, dans de telles circonstances la muqueuse cervicale extériorisée devient cicatricielle et prend le type épidermique; les glandes ont ainsi leurs orifices bouchés et se tranforment en kystes par rétention « et soit primitivement par une infection qui a frappé en même temps le tissu interstitiel, soit secondairement à cause de ces kystes, le tissu interstitiel s'hyperplasie et se sclérose » (Bouilly). La présence de ces kystes entretiendrait en effet d'après cet auteur un état d'irritation du parenchyme voisin.

Quant à la nature de cette métrite, il s'agit le plus souvent d'une infection d'origine puerpérale plus ou moins ancienne, infection ayant évolué sans manifestation fébrile importante (Pichevin).

L'examen local nous montre le plus souvent un col, gros, hyperthrophié, pouvant mesurer 12 à 13 ct. de circonférence (Génard); l'orifice externe est entrouvert avec

des bords déchiquetés ou anciennement déchirés et avec une muqueuse cervicale ectropiée; les lèvres sont le siège d'ulcérations granuleuses et saignantes, de taille variable, et un écoulement souvent abondant sort de l'orifice qu'elles limitent. Parfois tout le pourtour du col peut être atteint de lésions inflammatoires.

C'est le « gros col glaireux » suivant l'expression pittoresque et significative de Bouilly.

Nous ne pouvons ne pas intervenir sur ce col trop long, hyperthrophié, souvent tapiroïde, qui apesantit l'utérus ou sur ce même élément porteur de nombreuses lésions dont la guérison est problématique puisqu'elles sont aidées par la statique défectueuse de l'organe. Allongement hypertrophique du col et métrite cervicale, telles sont les indications essentielles de l'opération de Bouilly. D'ailleurs au Congrès de chirurgie, en 1896, ce dernier disait : « L'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue dans la cure des prolapsus génitaux une indication de premier ordre; en outre l'hypertrophie des lèvres anciennement déchirées à muqueuse éversée et souvent ulcérée, atteintes de dégénérescence scléro-kystique, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe ». C'est l'amputation cervicale qui vient se joindre aux opérations plastiques sur le vagin, amputation haute pour corriger le plus possible.

Ainsi fait, les parties hypertrophiées et infectées de l'utérus étant supprimées, l'organe se trouve allégé, ramené à des dimensions meilleures. Mais, comme l'avait déjà

signalé Braun, de Vienne, sans fournir de ce fait une explication satisfaisante, il se produit une involution utérine par contre-coup à l'opération cervicale. Il était réservé à Bouilly de montrer que c'est un travail d'atrophie et de sclérose qui vient décongestionner l'utérus, en réduire le volume, et parachever ainsi le résultat de l'amputation du col.

A la fin de cet exposé, nous ne pouvons faire mieux pour montrer toute l'importance du facteur cervical dans le traitement de certains prolapsus, que d'attirer l'attention sur le cas suivant (obs. XX) : Dans une première intervention, on avait omis de traiter, chez cette malade, les lésions du col; la récidive complète qui existait quatre mois après l'opéation fut cette fois traitée avec un plein succès par l'emploi du « complet » Bouilly. Guénard rapporte dans sa thèse un cas très analogue (obs. 18) : ce qui montre qu'il est indispensable que la cure soit complète et s'adresse à tous les éléments de l'affection.

Facteur périnéal

Colpectomie et amputation du col nous sont indiquées par l'étude des lésions précédentes et constituent les deux temps caractéristiques de l'opération de Bouilly; nous insisterons donc moins sur l'objet de la colpopérinéorraphie : il n'est, en effet, pour ainsi dire pas de cure de prolapsus sans réfection du périnée, moyen de soutien dont le rôle est universellement admis. D'ailleurs, au cours des descriptions précédentes, la solidarité anatomi-

que de tous les éléments du prolapsus nous y contraignant, nous avons essayé de montrer l'importance des formations de l'étage pelvien et du plan périnéal, dans la statique de la région qui nous intéresse. De même pratiquement nous observons le fait suivant : les procédés de suspension, qu'ils s'adressent à l'utérus, au col, au vagin, toutes les pexies, en général, ne sont que des opérations insuffisantes parce qu'elles visent l'effet et non la cause, c'est-à-dire l'insuffisance des releveurs de l'anus et celle du plancher pelvien; or c'est là qu'est la base pathogénique de tout prolapsus.

Et pourtant le simple examen clinique nous montre le fâcheux état du périnée : il est court, ses dimensions antéro-postérieures étant très réduites; le doigt qui l'accroche par le toucher rectal le trouve diminué, mince, flasque, quelquefois même disparu, les muqueuses vaginale et rectale finissant par être adossées pour ainsi dire.

Dans une telle situation, il faut refaire « restaurer et relever le périnée » afin qu'il remplisse, comme l'a montré Bouilly, son rôle de plancher présentant une résistance et une tonicité telle qu'il existe un contact parfait entre les parois vaginales. Pour réaliser cette indication il faut « exécuter un tassement, un froncement des tissus sous-jacents par l'introduction de sutures qui chargent profondément les tissus d'un côté à l'autre, les rapprochant de la ligne médiane dont ils sont éloignés, faisant avec les éléments dissociés du releveur de l'anus, du fascia et du tissu cellulaire un plan résistant et épais et transformant la cloison recto-vaginale devenue bimuqueuse en

une cloison condensée et tonique » (Bouilly). Ajoutons encore qu'il ne faudra pas négliger dans la cure des prolapsus la restauration des formations aponévrotiques dont la part comme moyen de contention est si importante (Violet et Martin).

Quand il s'agit du vagin et du col, on enlève, ici s'adressant au périnée, on conserve.

Le rôle de l'insuffisance du muscle releveur de l'anus comme agent principal du prolapsus avait été démontré pour la première fois par Trélat et mis en évidence par Bouilly. Cependant, ce dernier, comme nous l'avons vu précédemment, se contentait au cours de la réfection du périnée de charger indistinctement les différents éléments fibro-musculaires; MM. Pierre Delbet, Duval et Proust, en 1902, ont montré l'avantage de suturer l'un à l'autre les faisceaux du releveur de l'anus qui descendent de chaque côté de la cloison recto-vaginale et ont fait de cette myorraphie un temps complémentaire important de toute périnéorraphie.

M. Salva Mercadé, frappé par l'importance de la cystocèle dans les prolapsus, a proposé en 1918 de créer un plancher périnéal sous-vésical par la suture des bords antérieurs du releveur : il avait été déjà devancé dans cette voie par Delanglade, Chaput (1915). Mais il paraît difficile de joindre l'opération de Mercadé à la myorraphie des releveurs par la méthode précédente qui, elle, a fait ses preuves (Delbet) ; d'autre part, les éléments musculaires de la portion antérieure du releveur sont d'un repère difficile (Tuffier).

INDICATIONS PRATIQUES

Quelle que soit la technique employée dans la cure de l'affection, elle doit s'efforcer de répondre aux indications de l'ordre de celles que nous venons d'exposer; mais aussi elle doit s'adapter aux circonstances particulières de chaque cas, se plier à toutes les exigences d'ordre pratique que nous pouvons retirer de l'examen des malades atteintes de cette infirmité.

Nous avons déjà dit combien les lésions du prolapsus étaient variables du fait de l'étiologie complexe qui leur était assignée et aussi du fait de la multiplicité et la combinaison des éléments qui composaient l'affection; une autre considération pratique contribue à réaliser la diversité d'aspects que nous constatons. L'importance des troubles fonctionnels en effet, et ce sont eux qui décident les malades à l'intervention, n'est pas en rapport avec le volume ou le degré du prolapsus : telle malade avec un prolapsus léger viendra consulter parce qu'elle souffre de troubles urinaires; telle autre supportant facilement l'infirmité qui résulte d'un prolapsus (et c'est le cas le plus fréquent) laissera les lésions évoluer avant d'aller voir le médecin.

Quoi qu'il en soit, le traitement chirurgical pour tout

prolapsus est le traitement de choix; le traitement médical ne trouve pour ainsi dire son application que chez les femmes qui refusent toute opération ou dont l'état de santé contre-indique une intervention chirurgicale et alors il n'agit que comme palliatif.

A titre de contre-indications temporaires nous pouvons signaler chez certaines malades le mauvais état général ou local qu'une attente de quelques semaines suffira à améliorer; après quoi l'intervention pourra être envisagée. De même une malade récemment accouchée ne doit pas être opérée trop précocement car il existe encore une laxité et une vascularisation des tissus qui ne donnent pas de garanties suffisantes pour obtenir de bons résultats.

Des contre-indications permanentes peuvent être fournies par la déchéance organique profonde due à l'existence de maladies chroniques ou la présence de dyscrasies sérieuses (albuminerie, diabète). Le grand âge peut aussi s'opposer à l'opération.

Mais l'intervention est décidée; la question reste surtout délicate en ce qui concerne la conduite à tenir vis à vis de l'utérus. Nous avons déjà vu Guénard nous proposer un bon élément d'appréciation de l'abaissement utérin pour nous départager entre l'amputation élevée au col et l'hystérectomie; il cède le pas à un facteur autrement important, l'âge de la malade.

Femmes encore en vie génitale

S'il s'agit d'une femme jeune, il faudra renoncer à toute opération qui nécessiterait sa stérilisation et dans ce cas

nous pratiquerons seulement une amputation élevée du col, bien que le prolapsus soit quelquefois complet. Chez les femmes âgées et, d'une manière plus générale, chez les femmes qui ne sont pas susceptibles de concevoir, on sera libre de choisir des procédés capables de fournir des résultats meilleurs et des garanties plus durables de guérison; alors la part de l'hystérectomie sera plus large. Telle est la conduite que nous proposons; cependant Pozzi a accusé l'amputation élevée du col de provoquer chez les femmes réglées la rétention du flux menstruel par rétrécissement ou oblitération de l'orifice du col et réservait cette intervention aux femmes ayant dépassé la ménopause.

Pour les femmes exposées aux maternités, il faudra encore, en plus de l'opération conservatrice, choisir le procédé opératoire qui ne crée pas pour plus tard des obstacles à la marche d'une grossesse ou d'un accouchement. C'est ainsi que Monsieur Potocki conseille de ne pas faire une suture trop étendue des releveurs afin de ne pas « créer au-dessous de la fente pubo-préanale une cloison transversale qui pourrait opposer au passage de la tête un obstacle sérieux. » De même on doit être prudent dans l'emploi de l'hystéropexie, surtout la directe; cependant, s'il y a association de prolapsus et de forte rétroversion, on sera autorisé à se servir de l'hystéropexie indirecte par fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale antérieure (Obs. VIII et XV).

Il va de soi que, s'il existe des lésions utérines dont le pronostic comporte des réserves (tumeurs, érosions suspectes du col), s'il y a des métrorragies persistantes, il

sera plus sage d'enlever l'utérus quel que soit l'âge de la malade.

Parmi les lésions de l'utérus il en est une qui attirera de suite notre attention, étant donné sa coexistence fréquente avec le prolapsus; nous voulons parler de la métrite.

Association fréquente de la Métrite et du Prolapsus

La plupart des auteurs sont d'accord à ce sujet, d'aucuns même (Scanzoni, H. Bennet) ont fait entrer cette inflammation dans les causes du prolapsus. Ce qui est incontestable, c'est que dans la détermination des phénomènes les effets de l'infection se combinent à ceux de la ptose utérine et de l'affaissement périnéal en raison de l'influence réciproque qu'ont l'un sur l'autre l'élément mécanique et l'élément infectieux, si bien que les lésions des deux ordres s'exagèrent. L'affection de l'utérus est une métrite parenchymateuse chronique, soit totale, soit à prédominance cervicale et dans ce dernier cas l'aphorisme de Richelot « la métrite chronique est une métrite cervicale » se trouve justifié. Mais la métrite n'est pas toujours réfugiée dans ce dernier retranchement où ira l'atteindre l'amputation du col; souvent l'utérus est massif, ses parois épaissies et la notion de cette métrite du corps est bien acquise par le toucher combiné au palper.

Pour Guénard, métrite cervicale ou totale ne compte pas au point de vue des indications, puisque le meilleur traitement consiste dans l'amputation même du col. Ce dernier moyen est certes un précieux adjuvant du traite-

ment; mais toutes les fois qu'il y a métrite du corps nous croyons qu'il est avantageux de faire précéder l'intervention d'un curettage utérin; c'est ainsi (obs. XIV) qu'ayant négligé ce soin préopératoire, des métrorragies sont survenues après l'opération et n'ont cessé qu'après curettage fait secondairement.

Guénard dans sa thèse signale encore des cas de prolapsus avec métrite cervicale où une « paramétrite, uni ou bilatérale, congestive, œdemateuse » simulant une annexite a été rencontrée; l'opération de Bouilly aurait amené la parfaite guérison de la lésion : l'utérus, en effet, diminué de volume par décongestion et régression, est devenu mobile, les culs-de-sac sont libres, l'ovaire et la trompe ont repris leur volume normal. Demain, dans une thèse inspirée de Guénard, rapporte des observations ayant trait à des faits analogues et où l'intervention a donné les meilleurs résultats. M. Lenormant pour sa part n'a jamais rencontré de cas de ce genre; chez toutes ses malades, les annexes étaient indemnes.

Toutefois, nous ne devrons jamais négliger d'examiner les annexes chez les malades porteuses de prolapsus car on peut rencontrer des annexites nettement caractérisées: mais alors l'opération de Bouilly ne se trouve plus indiquée et il faut pratiquer l'hystérectomie.

En effet, n'oublions pas que toute complication, toute lésion accessoire doivent être associées au traitement du prolapsus lui-même sous peine d'échec thérapeutique partiel. C'est un principe indiscutable que celui du traitement intégral des lésions dans le prolapsus.

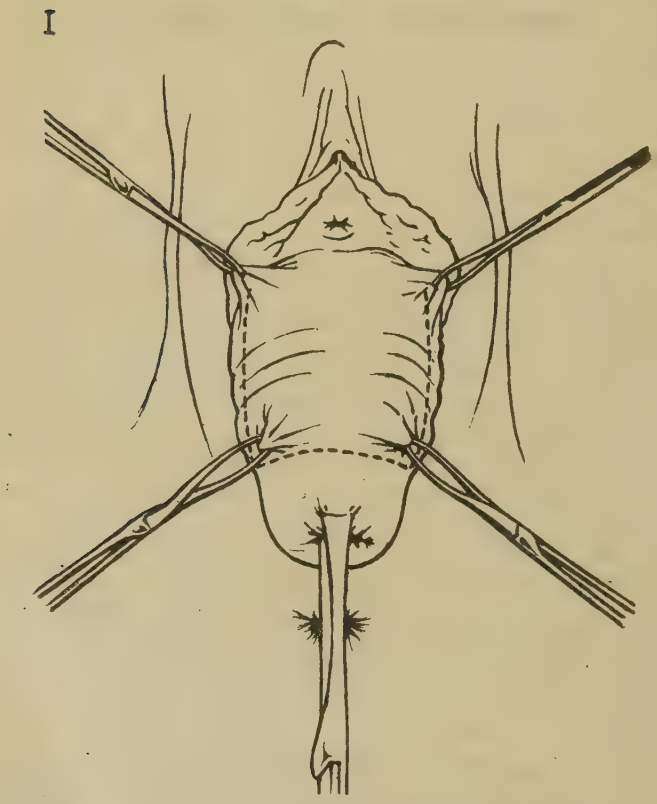
TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Préparatifs de l'opération. — Un repos de quelques jours avant l'opération, repos dans la position couchée, a pu être utilisé pour décongestionner les organes et remonter l'état général. Pendant ce temps on a eu facilité de prescrire, au besoin, des soins de propreté et de désinfection. En tout cas, la date de l'opération étant fixée, la malade aura été purgée et lavementée puis constipée comme avant toute colpo-périnéorraphie. Arrivée à la salle d'opération, elle est mise en position gynécologique et le vagin est désinfecté de façon soigneuse. Il est utile dans certains cas de pratiquer un curettage à ce moment (métrite du corps).

Le procédé opératoire a été remarquablement décrit par Monsieur Lenormant en 1914 dans le Journal de Chirurgie (t. XII, n° 4, avril 1914) : nous ferons donc un large emprunt à cette étude et renvoyons à cet ouvrage pour tout détail de technique ainsi qu'à l'article de Bouilly et Lœwy (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale (t. VII, p. 579, 1902).

Premier Temps (comprend les deux premiers temps de l'opération de Bouilly). *Taille du lambeau vagino-vésical pré-utérin et dissection de ce lambeau.*

On abaisse fortement l'utérus à l'aide d'une pince à trac-



Début du Premier Temps : Tracé du lambeau vagino-vésical préutérin

tion placée sur la lèvre antérieure du col de façon à bien exposer la paroi vaginale antérieure.

Deux pinces érignes inférieures sont placées très exactement sur les bords latéraux du col au niveau de l'inser

tion vaginale, près de l'orifice externe du col. On met deux autres pinces supérieures semblables à un travers de doigt au-dessus du méat urinaire et sur le prolongement des précédentes. Ces quatre pinces doivent être placées avec attention car elles serviront de repères ultérieurement.

Sur la paroi vaginale tendue et étalée par ces pinces on trace avec la pointe du bistouri un large lambeau rectangulaire comprenant la presque totalité de cette paroi : à cet effet, une première incision suit la demi ciconférence antérieure du col au-dessous des pinces inférieures et deux incisions latérales passant en dehors de ces mêmes pinces viennent compléter le tracé en remontant le long des bords latéraux de l'utérus pour s'arrêter juste au dessous des pinces supérieures.

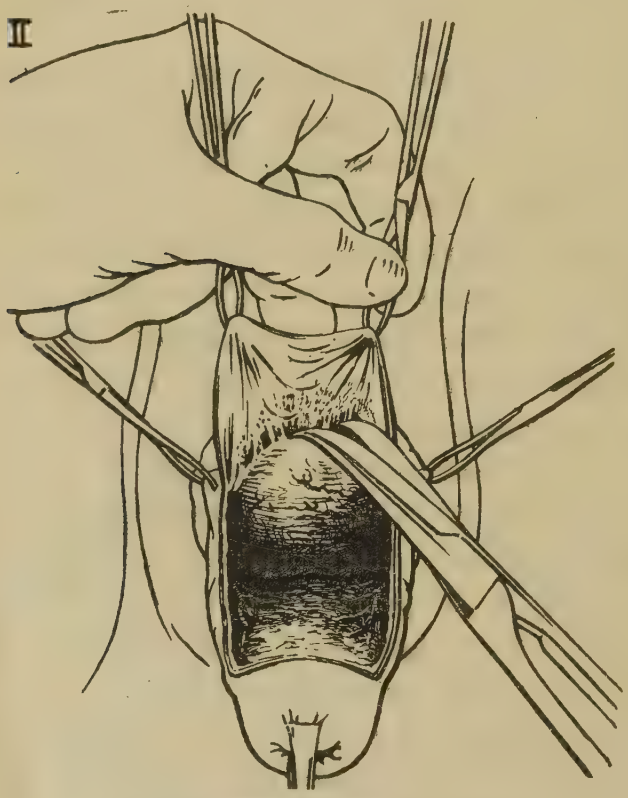
Le lambeau étant ainsi délimité, la dissection est amorcée aux ciseaux en bas et sur les côtés sans perdre le contact avec l'utérus; en la poursuivant on arrive bientôt dans le plan de clivage inter-utéro-vésical ou le décollement est facile à pratiquer avec le doigt revêtu d'une compresse, sans risques ainsi de blesser la vessie.

A ce moment le col utérin est libéré jusqu'au-dessus de l'isthme et la vessie adhère à la face profonde du lambeau vaginal qu'il est facile de relever.

Deuxième temps. Isolement de la vessie et section du lambeau vaginal (3e temps de Bouilly).

C'est à petits coups de ciseaux et en rasant soigneusement la paroi vaginale qu'on sépare la vessie de la face

profonde du lambeau vaginal. Ainsi faisant, la blessure de la vessie sera évitée avec quelque peu d'attention; elle n'est d'ailleurs signalée ni dans les observations de Bouilly ni dans celles de M. Lænormant.



Deuxième temps : Isolement de la vessie

L'hémorragie qui résulte de cette séparation est modérée et cède facilement à la compression ou lors du pincement de quelques artérioles.

La vessie libérée est refoulée dans la profondeur et on

achève de détacher le lambeau vaginal en le sectionnant transversalement à sa base au dessous des pinces repères.

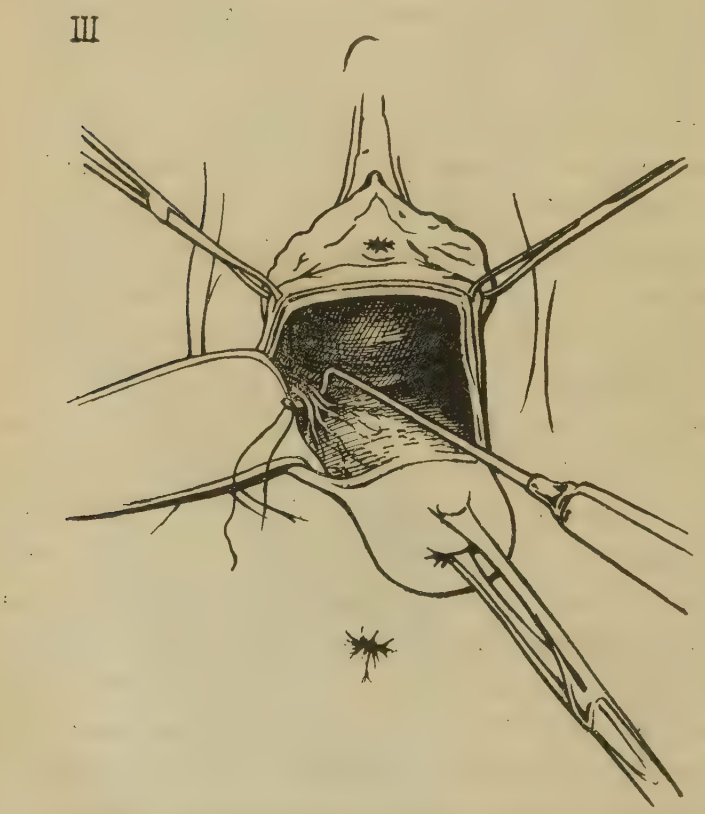
Troisième Temps. Ligature des branches cervicales de l'utérine (nouveau temps ajouté par M. Lenormant à la méthode de Bouilly).

« Nous conseillons à ce moment, écrit M. Lenormant, de pratiquer la ligature des branches cervicales de l'artère utérine de chaque côté du col. Celles-ci forment un bouquet de trois ou quatre artérioles nées de la crosse de l'utérine et s'étalant en éventail sur les bords latéraux du col et du dôme vaginal; elles sont la source de l'hémorragie au moment de l'amputation cervicale. Bouilly et Lœwy ne font pas de leur ligature un temps spécial de l'intervention, mais ils signalent que lors de l'amputation trois ou quatre petites artères sont coupées dans la base du ligament large et doivent être pincées et liées avec soin. Comme eux, dans nos premières interventions, nous avons pratiqué la ligature individuelle de ces artérioles, au fur et à mesure de leur section. Puis il nous a paru préférable de les lier en masse, avant leur épanouissement, puisqu'il est facile de les reconnaître sur les côtés du col: on pratique ensuite à blanc l'amputation cervicale.

Donc, faisant récliner le col du côté opposé au bouquet artériel que l'on veut lier, de manière à le tendre, et plaçant une valve étroite dans la partie externe de la brèche on charge, avec une aiguille mousse et courbe, armée d'un fil de catgut n° 1, au ras du bord latéral du col, le groupe

d'artérioles avec le tissu fibreux qui les recouvre et on le lie en masse.

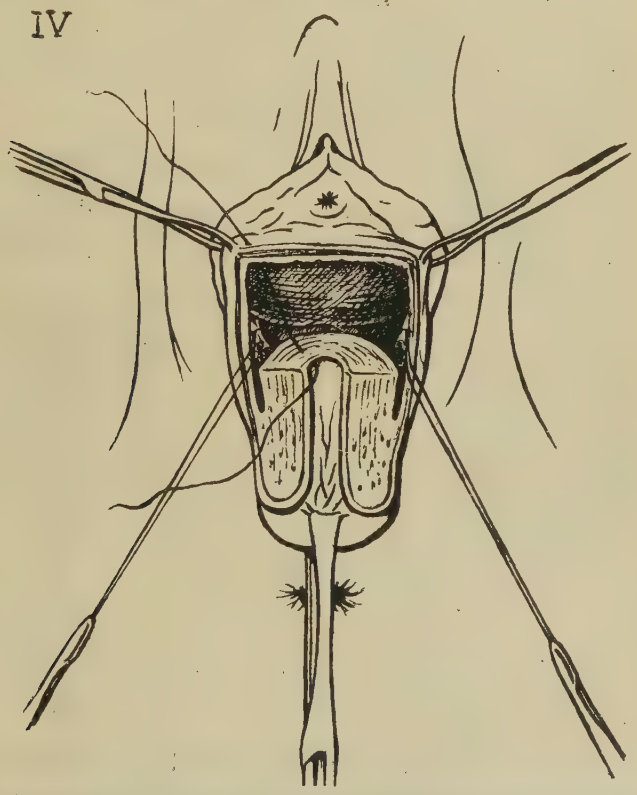
Cette manœuvre est répétée successivement de chaque côté. »



Troisième Temps : Ligature des branches cervicales de l'utérine

La ligature des rameaux artériels à la manière de Bouilly peut être d'une exécution difficile, les pinces laissant échapper l'artère qui se rétracte et est difficile à reprendre : dans un cas de ce genre l'hémorragie fut si abon-

dante (obs. VIII) qu'il fallut pratiquer l'hysterectomie séance tenante. C'est ainsi que s'établit la technique qui a été décrite précédemment et qui semble donner le maximum de sécurité.



Quatrième Temps : L'amputation du lambeau antérieur du col est effectuée ; le premier fil de la suture vagino-cervicale antérieure est passé

Quatrième Temps. Section du col de bas en haut et amputation du lambeau antérieur du col (4e temps de Bouilly) et *Suture de la muqueuse vaginale au moignon utérin* (5e temps de Bouilly).

Le col est divisé en deux valves par deux coups de ciseaux droits dans les commissures latérales, puis la valve antérieure est amputée par une section transversale au niveau de l'isthme.

La ligature des artères cervicales ayant été pratiquée précédemment, cette section s'accompagne d'une hémorragie insignifiante que tarira la simple suture du lambeau vaginal à la tranche cervicale.

Pour pratiquer cette suture, la tranche vaginale est rapprochée du moignon utérin et c'est avec grand soin qu'on ourlera exactement la muqueuse vaginale et la muqueuse utérine soit par un sujet (Bouilly et Lœwy) soit par des points séparés au nombre de 4 ou 5 (Lenormant). Afin d'exécuter cet affrontement muqueuse à muqueuse « il faut saisir au fur et à mesure que l'on coud, la muqueuse vaginale à l'aide d'une pince à griffes, qui non seulement l'applique sur la surface de section utérine, mais la refoule vers la cavité utérine, comme si on voulait l'y faire pénétrer ». (Bouilly et Lœwy).

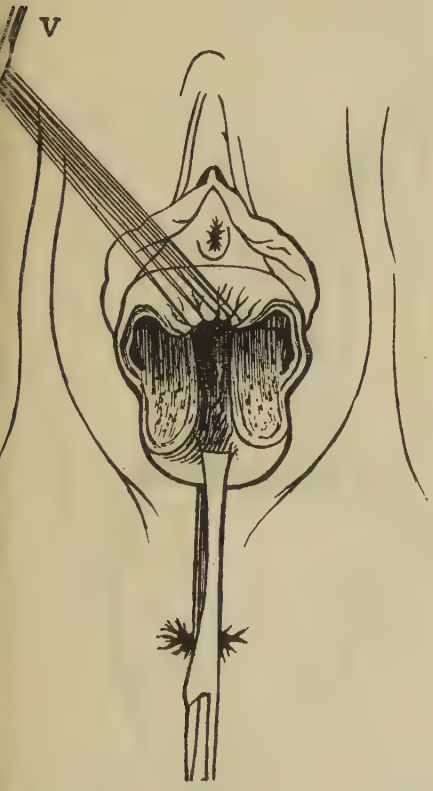
Cinquième Temps. Dénudation du lambeau postérieur du col. (Bouilly y joint l'amputation du lambeau.)

La moitié antérieure du nouveau col étant ainsi reconstituée, la lèvre postérieure est relevée à l'aide d'une pince à traction, tandis qu'une valve courte et large appuie sur la paroi postérieure du vagin : les parties sur lesquelles va porter l'intervention sont alors accessibles.

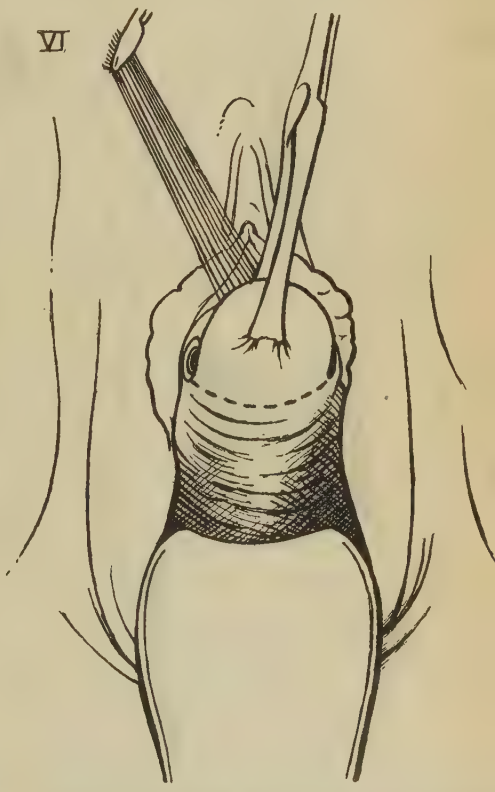
Cela fait, on réunit les deux extrémités de l'incision antérieure par une incision transversale passant sur la face postérieure du col au niveau de l'insertion vaginale;

puis on décolle la paroi vaginale jusqu'au niveau de l'isthme.

Dans cette manœuvre il n'est pas rare d'ouvrir le cul-de-sac postérieur (plusieurs fois dans les opérations de



N DU QUATRIÈME TEMPS : La suture vagino-cervicale antérieure achevée

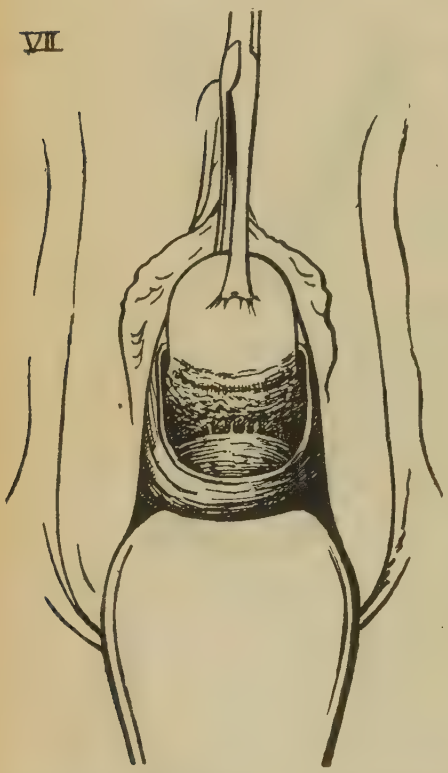


DÉBUT DU CINQUIÈME TEMPS : Tracé de l'incision postérieure

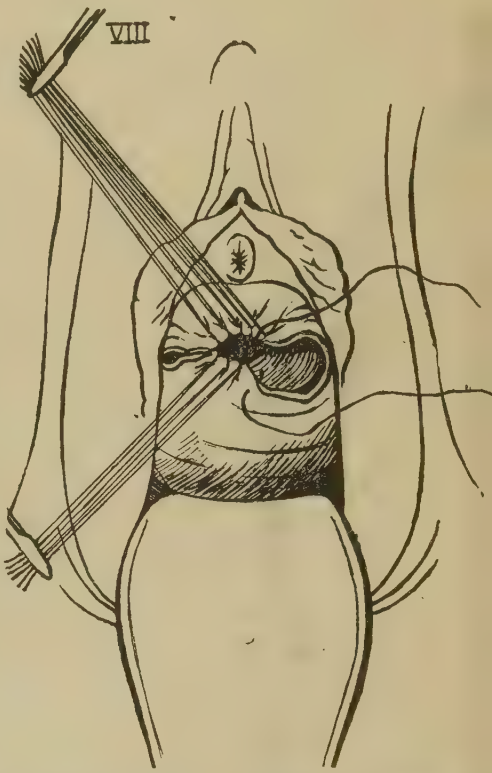
Bouilly, quatre fois sur 21 opérations rapportées ici) d'autant plus qu'il est souvent abaissé dans les prolapsus. Cet accident sans importance sera corrigé par quelques points de suture fermant la séreuse.

Sixième temps. Amputation du lambeau postérieur du col (fin du 6e temps de Bouilly) et *Suture de la muqueuse vaginale au moignon utérin* (7e temps de Bouilly).

Après avoir dénudé la valve postérieure du col jusqu'à



Fin du Cinquième Temps : La dénudation du lambeau postérieur du col est achevée ; dans le fond de la plaie le cul-de-sac péritonéal.



Sixième Temps : l'amputation du lambeau po rieur du col est achevée ; la suture vagi cervicale postérieure.

l'isthme on l'ampute au même niveau que la valve anté rieure; puis on suture avec le même soin que précédemment la muqueuse de la tranche vaginale à celle de la tranche utérine. Le nouvel orifice est ainsi reconstitué.

Mais une manœuvre complémentaire est encore nécessaire : il faut placer de chaque côté un ou deux fils d'angle sur la fente qui correspond à l'angle de réunion des tranches vaginales antérieure et postérieure.

Septième Temps.

L'utérus est refoulé en haut par un tampon et on termine l'opération par une colpopérinéorraphie classique. M. Lenormant après avoir essayé de la méthode du dédoublement de Doléris (5 fois dans ses observations) et de la méthode de l'avivement d'Hégar donne comme Bouilly et Lœwy la préférence à cette dernière (12 fois pratiquée dans ses observations).

Cependant dans quatre cas où il n'y avait que de la cystocèle et des lésions du col, sans rectocèle et sans effondrement du périnée, le temps colpo-périnéal de l'opération a été supprimé (Obs. II, VIII, XI et XIX).

Enfin, l'opération terminée, on fera un pansement avec tamponnement du vagin et on mettra en place une sonde à demeure qui sera enlevée généralement au bout de 48 heures. La malade sera constipée pendant 5 ou 6 jours. Toutes les sutures étant faites au catgut (sauf parfois pour les fils périnéaux) il n'y a pas lieu de s'occuper de l'ablation des fils.

Complications. — « Les difficultés et la gravité opératoires sont considérables; la dissection de la vessie peut être pénible, les hémorragies peuvent être abondantes et dangereuses ». Peut-être Bouilly en s'exprimant ainsi

a-t-il exagéré, mais il y a toutefois une complication de réelle importance, l'hémorragie.

« L'opération est toujours sanglante aussi bien dans les zones de décollement vésical qu'au niveau des tranches vaginales et cervicales; ce sont les tranches antérieures qui saignent le plus, comme l'avait déjà remarqué Bouilly, et ce sont les premiers temps de l'opération qui sont les plus sanglants. Cette hémorragie se fait surtout en nappe, avec par-ci par-là quelques jets fins provenant d'artérioles: elle cède au tamponnement et surtout à la suture lorsque celle-ci est bien faite. » (Lenormant). Entre autres raisons de cette abondance particulière du sang, il faut faire entrer en ligne de compte la congestion passive et les altérations vasculaires des organes et tissus prolabés.

Mais, en dehors de cette hémorragie immédiate et susceptible de présenter une certaine gravité, (obs. VIII), on peut voir survenir dans les jours qui suivent l'opération une véritable hémorragie secondaire due à l'insuffisance de l'hémostase. La plupart du temps il s'agit d'un suintement sanguin persistant qui s'arrête sous l'influence d'un tamponnement prolongé; mais l'écoulement de sang peut être abondant et devenir dangereux. (obs. XXI).

Bouilly et Guénard ont insisté sur la complication résultant de la présence d'hématome au niveau des zones de décollement péricervicales : cet hématome peut en effet s'infecter et donner naissance à des accidents septiques plus ou moins sérieux; « pour l'éviter, ces auteurs conseillent, dans le cas où l'on n'est pas sûr de son hémostase, de placer un ou deux drains sur les côtés du col; nous

croyons que la ligature systématique des artéres latéro-cervicales, telle que nous la préconisons, et le soin apporté aux sutures rendront le plus souvent inutile cette précaution : personnellement nous n'avons jamais drainé. » (Lenormant.)

Nous laisserons de côté, à titre de complications, la blessure de la vessie, facilement évitée et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur, incident sans importance.

LES RÉSULTATS

L'opération doit naturellement être exécutée avec soin et méthode : dans ces conditions elle ne présente guère de dangers. Sur 18 observations rapportées par Guénard et provenant du service de Bouilly il ne s'est produit qu'une mort par hématome suppuré; mais ce cas remontait tout-à-fait au début d'une époque où la technique de l'opération n'était pas encore réglée et où les conditions d'asepsie opératoire étaient défectueuses. Par ailleurs il faut encore signaler pour ces observations, l'évacuation d'un hématome dans un cas et la persistance d'un suintement sanglant dans un autre.

Comme suites aux opérations pratiquées dans le service de M. Lenormant et relatées ici, nous avons vu survenir deux décès. Une femme âgée de 57 ans, (obs. IV) est morte de congestion pulmonaire cinq jours après l'intervention : cet accident ne saurait toutefois charger la méthode que nous proposons car il eut pu survenir après n'importe quelle opération. Les conditions furent différentes dans le cas suivant (obs. XI) : cette malade présentait sept jours après l'intervention une hémorragie qui céda au tamponnement; mais quelques jours après, le

danger d'une nouvelle hémorragie à peine écarté, il se faisait un écoulement sanguin abondant à la fois en nappe et en jets au niveau de la plaie vaginale, et la femme mourait quelques heures après l'arrêt de ce dernier accident. Il nous faut remarquer d'ailleurs dans cette observation que, déjà au cours de l'opération et cela malgré la ligature des branches de l'artère utérine, le sang coulait assez abondamment pour gêner fortement l'acte opératoire. Nous devons rapprocher de cette circonstance opératoire le fait suivant, (obs. VIII) déjà cité : au cours de l'intervention et par suite d'hémostase insuffisante l'hémorragie fut telle qu'il fallut pratiquer l'hystérectomie séance tenante. Enfin parmi ces accidents hémorragiques signalons le cas de cette autre malade (obs. XIV) présentant des métrorragies prolongées, d'abord attribuées à une mal-façon de la suture cervico-vaginale : le curettage les fit cesser immédiatement car elles provenaient du corps utérin.

Mais à part ces éventualités le résultat thérapeutique immédiat s'est toujours montré constamment satisfaisant.

Résultats immédiats

Au point de vue plastique les modifications sont considérables. L'orifice vulvaire est diminué de toute la hauteur qu'a prise le périnée et apparaît sous forme d'une fente très relevée. Une cicatrice linéaire, résultat de la suture de la périnéorraphie, marque la région médiane du périnée dont les dimensions antéro-postérieures peu

vent être le double de celles qu'il présentait avant l'intervention. Le toucher rectal, soit seul, soit combiné au toucher vaginal, montre que le plan périnéal est maintenant bien étoffé, solide. La fourchette se dessine nette et résistante.

Si nous explorons la cavité vaginale nous sentons la pression de ses parois, qui par leur accolement ont redonné une cavité virtuelle. La direction de l'axe de la cavité est également modifiée; il est plus incliné en bas et en arrière.

La toux, l'effffort ne modifient pour ainsi dire pas l'aspect de ces parties.

L'utérus allégé a retrouvé sa place. Le col n'existe plus, mais il reste « un moignon plat, bon au toucher, beau à la vue » (Guénard) avec un orifice régulier et facilement perméable.

Cystocèle, rectocèle ont naturellement disparu.

A cette reconstitution de la bonne statique de la région correspond une amélioration ou une disparition de tous les troubles fonctionnels qui accompagnaient le prolapsus.

La pollakiurie qui est le symptôme dominant est la plupart du temps supprimée presqu'immédiatement par l'intervention; quelquefois cependant ce bénéfice est plus long à obtenir parce qu'il s'est produit un peu de catarrhe vésical, la sonde à demeure ayant irrité le col de la vessie, ou parce que chez certaines malades la pollakiurie est devenue une habitude dont elles ne peuvent se débarrasser aussitôt.

Dans les observations de Guénard il n'est mentionné qu'un seul cas d'incontinence d'urine venant du prolapsus, trouble d'ailleurs supprimé par l'intervention; mais cet auteur rapporte le fait d'une incontinence spéciale créée par l'opération, incontinence apparaissant au moment d'efforts et due sans doute au changement de situation de la vessie.

Enfin la menstrue se régularise et les signes de métrite (leucorrhée, troubles de la miction, douleurs et tiraillements abdominaux ou lombaires) s'atténuent considérablement ou disparaissent. Les rapports sexuels deviennent faciles et sont bien tolérés.

Tels sont les résultats en général au point de vue plastique et fonctionnel; la question essentielle est de savoir s'ils sont durables et dans quelle proportion.

Résultats éloignés

Les documents sont assez difficiles à acquérir quand on se propose ce but. Les malades appartiennent à la clientèle hospitalière et sont rarement suivies. (10 ont été revues sur les 18 opérées de Bouilly, 6 sur 21 de celles de M. Lenormant.) D'ailleurs beaucoup peut-être, et espérons-le, ne viennent plus nous voir parce qu'elles vont bien et ne croient pas devoir nous faire part de ces résultats éloignés. Il faut aussi ajouter que les années troublées que nous venons de traverser n'ont guère été favorables à nos investigations et expliquent en partie le faible résultat de nos recherches.

Sur dix opérées de Bouilly, huit ont été revues dans un état entièrement satisfaisant après dix mois (deux cas), un an et demi, dix-neuf mois, trois ans, quatre ans, cinq ans et six ans. Les deux restantes présentaient une récidive nette deux ans et demi après l'opération : dans un de ces cas, il s'agissait d'un prolapsus complet avec retournement du vagin, c'est-à-dire justiciable en principe de l'hystérectomie qui, cependant, n'avait pas été pratiquée à cause de l'âge de la malade (30 ans). L'autre malade, (56 ans), domestique, avait travaillé de façon pénible pendant les deux ans qui avaient suivi l'intervention et la profession semblait avoir joué le grand rôle dans cette récidive. Mais il faut aussi tenir compte dans les résultats de l'état des tissus vagino-périnéaux, et si le pronostic est bon dans les déchirures du périnée, car les tissus ne sont pas généralement atrophiés; il doit être singulièrement réservé dans les cas de grande déchéance organique des ptoses viscérales multiples.

Les six malades que nous avons pu revoir après sept mois (obs. XVIII), dix mois (obs. X et XI), six ans (obs. XV) et quatorze ans et demi (obs. II), présentaient toutes un bon résultat plastique et fonctionnel comme il sera facile de s'en convaincre par la lecture des observations.

Enfin M. Lenormant a suivi et revu en 1920 une malade opérée en 1901 par Bouilly, pour un prolapsus accentué avec allongement hypertrophique très marqué du col : le résultat anatomique et fonctionnel reste excellent dix-neuf ans après l'opération.

Nous n'avons jamais vu survenir, à la suite de l'amputation élevée du col, les troubles menstruels, la dysmé-

norrhée, rapportés par certains auteurs (Pozzi, Franck...) Il faut rappeler cependant que l'affrontement muqueuse à muqueuse des tranches vaginales aux tranchées cervicales doit être exécuté avec grand soin au cours de l'intervention; car, à défaut de cette précaution, il pourrait se faire des brides cicatricielles susceptibles d'amener une certaine oblitération du moignon utérin, d'où la possibilité de certains troubles fonctionnels.

D'aucuns ont accusé également l'amputation du col d'être une cause de stérilité. Il est vrai que ni les observations de la thèse de Guénard, ni les observations rapportées dans ce travail, ne mentionnent de grossesses ultérieures à l'opération. Mais peu de malades ont été suivies de façon continue et certaines d'entre elles avaient d'ailleurs dépassé la ménopause. Pourtant les cas de grossesses à la suite d'amputation haute du col existent de façon incontestable. (Verneuil, Barnes, Fothergill, Jacoby.) On a pu même attribuer à l'intervention l'avantage de faciliter la conception (Mangin).

Mais quel est dans de telles conditions le pronostic au point de vue de l'accouchement? Cette question avait déjà préoccupé Verneuil. Pinard rapportait, il y a un certain nombre d'années, trois cas ou les amputations hautes provoquèrent l'accouchement prématuré et concluait que, quel qu'en soit le motif, c'est dans ces amputations élevées que l'insuffisance fonctionnelle a le plus de chances de se produire. Il faut avouer qu'à l'heure actuelle la documentation sur ce sujet est encore loin d'être satisfaisante : toutefois certains concluent que cette opération, sans gra-

vité, efficace dans la majorité des cas, ne compromet nullement les accouchements futurs. (Forgue, Potocki, Fothergill dans une opération très analogue au point de vue de l'action sur le col). M. Lenormant a vu, à la suite d'amputation élevée du col se produire un cas récent d'accouchement normal.

Quoi qu'il en soit, si nous reprenons le pourcentage dans les résultats éloignés en adjoignant aux observations de M. Lenormant celles de Bouilly, nous voyons que dans 88 pour 100 des cas le résultat a été entièrement satisfaisant et que sur les six cas rapportés ici six fois la guérison a été durable. (Les opérations analogues pratiquées à l'étranger fournissent également des résultats presque constamment satisfaisants).

Observations résumées, publiées par M. Lenormant dans la Gynécologie (avril 1914)

I. — L., 54 ans, entrée à l'hôpital Tenon à la fin d'août 1904.

Volumineux prolapsus génital, datant de plusieurs années : cystocèle et rectocèle accentuées; allongement hypertrophique du col; cavité utérine de 12 centimètres; le col ucéré est à la vulve; le prolapsus est facilement réductible, mais incoercible.

Opération, le 3 septembre 1904 (chloroforme) : amputation haute du col et résection étendue des parois vaginales antérieure et postérieure ; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par avivement losangique ; sutures au catgut et au fil d'argent.

Suites régulières. Température normale. Ablation des fils d'argent le neuvième jour. Sort guérie le 21 septembre

II. — B., 54 ans, entrée à l'hôpital Boucicaut, le 25 septembre 1905.

Quatre enfants et une fausse couche. Volumineux prolapsus génital, datant de plusieurs années; très grosse cystocèle; allongement hypertrophiques du col; l'utérus est à la vulve.

Opération, le 27 septembre 1905 (chloroforme) : amputation haute du col et résection des parois vaginales antérieure et postérieure; sutures au catgut. Périnéorraphie par dédoublement (procédé de Doléris); sutures cutanées au fil d'argent.

Suites régulières. Ablation des fils le 3 octobre. Sort guérie le 14 octobre.

Résultat éloigné : *revue le 6 février* 1914 *en excellent état; pas de récidive; aucun trouble fonctionnel.*

[*Nous avons revu cette malade le 20 février* 1920 *: toujours en excellent état; pas de traces de cystocèle, ni de rectocèle; périnée très solide; aucun trouble fonctionnel.*]

III. — K., 29 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 20 novembre 1906.

Métrite cervicale (érosion du col et leucorrhée abondante), pour laquelle la malade a été soignée pendant un an (pansements et cautérisations au Filhos) sans résultat. Légère cystocèle; pas de rectocèle. Allongement hypertrophique du col; cavité utérine de 10 centimètres. Pas de rétroversion; pas d'annexite. Douleurs abdominales et lombaires.

Opération, le 26 novembre 1906 (chloroforme) : Curetage utérin. Amputation haute du col et résection partielle de la paroi vaginale antérieure. La cavité utérine est réduite à 6 centimètres.

Suites régulières. Sort guérie le 14 décembre.

IV. — F., 57 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 30 mars 1907.

Prolapsus génital : cystocèle très accentuée; utérus à la vulve; col ulcéré.

Opération, le 8 avril 1907 (chloroforme, anesthésie mauvaise) : amputation haute du col et résection étendue des parois vaginales antérieure et postérieure. Périnéorraphie par dédoublement : quelques catguts profonds sur les releveurs de l'anus, fils de bronze sur les plans superficiels.

Suites normales les premiers jours, sauf un peu d'agitation; pas de fièvre. Dans la soirée du 12 avril, agitation, cyanose.

Mort le 13 avril. A l'autopsie, rien d'anormal dans la région opérée, sauf un petit caillot cruorique dans le fond du cul-de-sac de Douglas; pas d'hématome, pas de suppuration, pas de péritonite. Congestion et hépatisation des deux poumons.

V. — B., 48 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 18 août 1908.

Prolapsus génital accentué : cystocèle et surtout rectocèle très volumineuses; utérus à la vulve; hypertrophie surtout sus-vaginale du col; ulcération de la lèvre postérieure; périnée encore assez solide.

Opération le 26 août 1908 (chloroforme) : amputation haute du col, dans une étendue de 5 centimètres environ, et résection large des parois vaginales antérieure et postérieure ; ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur qui est immédiatement refermé par un point en bourse; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par avivement triangulaire; sutures au catgut et au fil de bronze.

Suites régulières. Ablation des fils le 2 septembre. Sort guérie le 13 septembre.

VI. — H., 29 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 28 octobre 1908.

Accouchement il y a dix-huit mois avec déchirure du périnée; la malade s'est levée dès le lendemain. Prolapsus

génital complet : cystocèle, rectocèle, allongement hypertrophique du col; cavité utérine de 11 centimètres.

Opération le 5 novembre 1908 (chloroforme) : amputation haute du col et résection des parois vaginales antérieure et postérieure; sutures au catgut. Périnéorraphie par dédoublement; catguts sur les plans profonds, fils d'argent et crins de Florence sur la peau. La cavité utérine est réduite à 7 centimètres.

Suites régulières. Ablation des fils le 12 et 14 novembre Sort guérie le 25 novembre.

VII. — H., 32 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 14 novembre 1908.

Accouchement, il y a dix ans, avec déchirure du périnée. Prolapsus génital, qui s'est surtout accentué depuis six mois : le col est à la vulve, avec sa surface un peu cutinisée; énorme allongement hypertrophique du segment intra-vaginal, qui mesure 7 ou 8 centimètres; le vagin n'est pas retourné et les cul-de-sac, bien qu'abaissés, ont encore une profondeur presque normale; cavité utérine de 13 centimètes. Utérus en rétroflexion. Effondrement du périnée qui, de la fourchette à l'anus, ne mesure pas plus de 1,5 ou 2 centimètres.

Pesanteur et tiraillements douloureux; fréquence des mictions; constipation.

Opération, le 17 décembre 1908 (chloroforme) : amputation haute du col sur une étendue de 5 centimètres environ, et résection de la paroi vaginale antérieure; on lie, de chaque côté du col, des rameaux artériels importants; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par avivement triangulaire; sutures au catgut et au fil de bronze.

Suites régulières. Ablation des fils le 27 décembre. La malade expulse spontanément un fragment de sonde resté dans la vessie. Sort guérie le 10 janvier.

VIII. — B., 37 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 3 février 1909.

Un seul accouchement mais triple. Métrite cervicale et allongement hypertrophique du col; cystocèle légère; pas de rectocèle; rétroversion accentuée.

Opération le 9 février 1909 (chloroforme) : amputation haute du col et résection des parois vaginales antérieure et postérieure; sur les côtés du col, on divise des branches cervicales de l'utérine qui saignent abondamment et qui échappent aux pinces placées sur elles; on s'efforce de faire l'hémostase en prenant en masse les tissus profonds latéro-cervicaux dans un fil. On fait ensuite une hystéropexie indirecte par fixation des ligaments ronds à la paroi antérieure.

L'opération achevée, on constate que l'hémorragie vaginale persiste, très abondante, malgré le tamponnement; on cherche vainement le point qui saigne; la malade est exsangue, avec un pouls filant. Séance tenante, on fait l'hystérectomie abdominale.

Suites. — L'hémorragie est définitivement arrêtée. La malade, très choquée par la perte de sang et la longueur de l'opération (2 heures) ne commence à se remonter que le troisième jour. Dès lors, la convalescence se poursuit sans autres incidents qu'un léger ictère et une crise de délire aigu passager. Sort guérie le 10 mars.

IX. — C., 35 ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 9 janvier 1913.

Trois accouchements, le dernier en 1907. Prolapsus génital qui, au dire de la malade, ne daterait que de trois mois. cystocèle très accentuée; allongement hypertrophique du col prédominant sur la lèvre antérieure. Périnée assez bien développé. Légère rétroversion. Pas d'annexite.

Opération, le 25 janvier 1913 (chloroforme) : amputation haute du col sur une étendue de 5 centimètres envi-

ron et résection de la paroi vaginale antérieure; bonne hémostase; ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur, immédiatement refermée par un point en bourse; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par avivement triangulaire; suture au catgut.

Suites régulières. Sort guérie le 10 février.

Résultat éloigné. — *Revue le 6 février 1914. Etat général et local excellents. Pas de récidive. Utérus en bonne position, haute, derrière la symphyse; bride transversale solide répondant à la cicatrice vaginale; cicatrice cervicale parfaite. La malade est bien réglée, mais ses règles sont prolongées (huit jours.)*

X. — T., 40 ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 17 mars 1913.

Malade opérée en 1905 pour un prolapsus rectal (colopexie et cerclage de l'anus) et sans récidive depuis huit ans. Prolapsus génital modéré, qui s'est accentué depuis deux ou trois ans; le périnée insuffisant bombe dans les efforts; cystocèle et rectocèle légères; allongement hypertrophique du col. Pas d'enfant, ni de fausse couche.

Opération, le 19 mars 1913 (chloroforme): amputation haute du col et résection de la paroi vaginale antérieure: sutures au catgut. Périnéorraphie par dédoublement; la séparation du vagin et du rectum est rendue assez pénible par l'état cicatriciel des tissus; 3 points de catgut sur les tissus profonds, fils de bronze sur la peau.

Suites régulières. — Ablation des fils le 27 mars : la plaie périnéale se désunit et sa cicatrisation par bourgeonnement est assez lente. Sort guérie le 28 avril.

Résultat éloigné. — *Revue en février 1914 : pas de récidive; disparition de tous les troubles fonctionnels.*

XI. — B., 58 ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 2 avril 1913.

Deux accouchements, à 24 et à 35 ans. Ménopause à 51 ans. Prolapsus génital, dont la malade ne se serait aperçue que depuis quinze jours : cystocèle accentuée; peu de rectocèle; abaissement du col, dont la lèvre antérieure est un peu hypertrophiée; périnée assez solide.

Opération, le 8 avril 1913 (chloroforme) : amputation haute du col et résection des parois vaginales antérieure et postérieure; ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur qui est immédiatement refermée par un point de suture; sutures au catgut.

Suites régulières. — Sort guérie le 27 avril.

Résultat éloigné. — *Revue le 5 février 1914; état général excellent; aucune récidive locale; disparition de tous les troubles fonctionnels.*

XII. — O., 35 ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 16 juillet 1913.

Trois accouchements en trois ans : le premier, à 32 ans, a nécessité une application de forceps et entraîné une déchirure du périnée, qui n'a pas été suturée; le dernier date de six mois. Prolapsus génital ayant débuté après le premier accouchement et s'étant aggravé aux deux autres : cystocèle et rectocèle accentuées; col à la vulve, non ulcéré; allongement du segment sus-vaginal du col; utérus en rétroversion. Périnée effondré : la distance de la fourchette à l'anus est réduite à 1 centimètre. Pas d'annexite. Petit polype de l'urètre, gros comme une cerise.

Opération, le 27 juillet 1913 (chloroforme) : amputation haute du col, sur une étendue de 4 centimètres et résection large des parois vaginales antérieure et postérieure; ligature sur les côtés du col des branches cervico-vaginales des utérines; sutures au catgut. Périnéorraphie par dédoublement; sutures des plans profonds au catgut, de la peau au fil de bronze.

Suites régulières. — Sort guérie le 25 août.

XIII. — P., 36 ans, entrée à l'hôpital Tenon, en novembre 1913.

Quatre accouchements. Déchirure du périnée, non suturée, lors du pemier accouchement. Prolapsus génital ayant débuté après le dernier accouchement, à 29 ans : périnee fortement éculé; vulve béante par effondrement de la commissure postérieure; cystocèle et rectocèle de volume moyen; col gros et ulcéré; utérus en position normale sans abaissement, ni rétroversion.

Opération, le 12 novembre 1913 (chloroforme) : amputation haute du col avec résection d'un large lambeau de la paroi vaginale antérieure; ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur, immédiatement refermée par un surjet; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par avivement triangulaire; sutures au catgut et au fil de bronze.

Suites régulières. — Ablation des fils le neuvième jour. Sort guérie le 7 décembre.

XIV. — K., 38 ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 19 janvier 1914.

Trois accouchements, le dernier en 1902. Prolapsus génital : cystocèle et rectocèle accentuées; col gros, exulcéré. métritique, sans allongement hypertrophique; corps utérin gros, en rétroversion. Pas d'annexite.

Opéation, le 22 janvier 1914 (chloroforme) : amputation haute du col et résection des parois vaginales antérieure et postérieure; l'opération est rendue malaisée par l'étroitesse du vagin et l'abaissement insuffisant de l'utérus; les branches cervicales de l'utérine, peu visibles, ne peuvent être liées méthodiquement et il y a une hémorragie assez abondante que l'on arrête par tamponnement; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par excision d'un lambeau triangulaire; quelques fils perdus sur les releveurs de l'anus; suture des plans superficiels au catgut et au fil de bronze.

Suites. — Ablation des fils le 30 janvier. A partir du 10 février, la malade présente des hémorragies d'abondance modérée, mais qui persistent malgré des tamponnements répétés; on pense d'abord qu'il s'agit d'un suintement au niveau des sutures; mais l'examen au speculum montre que la réunion est parfaite et que le sang vient de la cavité utérine. Le 25 février, on fait un curettage utérin qui ramène quelques débris fougueux, et une cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc. Les métrorragies s'arrêtent aussitôt. Sort guérie le 8 mars.

XV. — Q., 30 ans, entrée à l hôpital Tenon le 17 février 1914.

Premier accouchement, il y a cinq mois, avec déchirure du périnée. Depuis cette époque, prolapsus génital ; cystocèle accentuée; un peu de rectocèle, col un peu ulcéré; utérus en forte rétroversion; cavité utérine de 8 centimètres; la commissure vulvaire postérieure présente un aspect cicatriciel. Pas d'annexite.

Opération, le 30 février 1914 (chloroforme) : amputation haute du col et résection de la paroi vaginale antérieure; ligature des branches cervico-vaginales de l'utérine, de chaque côté du col; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par avivement triangulaire; la dissection du lambeau muqueux est un peu pénible en raison de l'état cicatriciel des tissus; sutures au catgut.

On pratique ensuite l'hystéropexie indirecte par fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale.

Suites régulières. Température normale. Ablation des fils de la suture abdominale, le 27 février. La malade se lève au bout de trois semaines. Sort guérie le 22 mars.

Résultat éloigné. — *Revue le 23 février 1920; état général et local excellent; pas de récidive; périnée très solide; utérus en anté-flexion; col à 3 ou 4 centimètres de la vulve. La malade est bien réglée; ses règles ont une durée normale et ne sont pas douloureuses; n'a plus eu aucun trouble fonctionnel depuis l'intervention.*

Observations inédites, prises dans le service de M. Lenormant (résumées)

XVI. — F., 32 ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 13 juin 1914.

Quatre accouchements de 26 à 31 ans; une fausse couche au mois de novembre 1913. Prolapsus génital accentué : cystocèle légère, rectocèle assez volumineuse; paroi postérieure du vagin très flasque; col gros, irrégulier, ulcéré et suintant; corps utérin et annexes normaux.

Mauvais état général; eczéma; gastralgie et nausées; douleurs abdominales et lombaires. Pertes blanches abondantes; règles très irrégulières, souvent absentes. (Malade grasse).

Opération le 17 juin 1914 (chloroforme) : amputation haute du col avec résection de la paroi vaginale antérieure par le procédé de Bouilly; le lambeau vaginal réséqué est de faibles dimensions (4 cm. sur 5) en raison du faible développement de la cystocèle. Pas de résection de la paroi vaginale postérieure; pas d'ouverture du cul-de-sac de Douglas. A droite les branches cervicales de l'utérine peuvent être liées méthodiquement; mais à gauche l'aiguille qui les charge les déchire et il faut les pincer après qu'elles se sont rétractées, ce qui est assez pénible. Suture cervico-vaginale au catgut, 4 points séparés. Colpopérinéorraphie postérieure par excision d'un lambeau triangulaire; suture au catgut. Tamponnement vaginal; sonde à demeure.

Suites régulières. Examen le 4 juillet à l'aide du toucher vaginal : résultat excellent. Examen au speculum le 9 juillet : périnée très solide; col presque complètement cicatrisé.

XVII. — M., 35 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 27 juin 1919.

Deux accouchements. Prolapsus génital volumineux; cys-

tocèle accentuée; métrite fongueuse du col; orifice cervical perméable mais saignant; utérus en rétroversion; un peu de sensibilité au fond de l'utérus. (Chlorure de zinc intra utérin). Pas d'annexite.

Opération le 1er juillet 1919 (chloroforme) : amputation haute du col sur une longueur de 4 à 5 cm. et résection des parois vaginales antérieure et postérieure par le procédé de Bouilly. Ligature des branches cervico-vaginales de l'utérine de chaque côté; sutures au catgut. Colpo-périnéorraphie postérieure par avivement triangulaire; suture intravaginale au catgut et suture cutanée au bronze.

Suites régulières. Sort guérie le 27 juillet.

XVIII. — D., 41 ans, entrée à l'hôpital Saint Louis le 9 juillet 1919.

Opération le 15 juillet (chloroforme) : amputation haute du col avec résection des parois vaginales antérieure et postérieure par le procédé de Bouilly. Ligature des branches latéro-cervicales de l'utérine; sutures au catgut. Périnéorraphie postérieure par excision d'un lambeau triangulaire; suture de la muqueuse au catgut et de la peau au bronze. Sonde à demeure.

Suites régulières. Sort guérie le 7 août.

Résultat éloigné. — *Revue le 27 février 1920; pas de récidive de prolapsus. Bon périnée; mais un peu de bombement quand la malade pousse. Pas de pertes blanches; pas de troubles menstruels; règles normales et non douloureuses; la malade se plaint seulement de ténesme quand elle va à la selle.*

XIX. — F., 36 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 7 octobre 1919.

Opération le 21 octobre (éther) : curettage utérin qui ramène quelques débris de muqueuse; amputation supra vaginale du col utérin; suture au catgut; tamponnement.

Suites régluières. Sort guérie le 9 novembre.

XX. — M., 37 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 15 décembre 1919.

Malade précédemment opérée le 17 septembre 1919 pour prolapsus avec cystocèle et rectocèle. L'intervention pratiquée à cette époque comporte : colporraphie antérieure; colpopérinéorraphie postérieure avec adossement et suture des releveurs.

Revue le 15 décembre avec une récidive complète. Prolapsus accentué, cystocèle et rectocèle; très gros col utérin suintant et ulcéré; utérus volumineux.

Opération le 2 janvier 1920 (chloroforme) : amputation haute du col et résection de la paroi vaginale antérieure par le procédé de Bouilly; suture au catgut. Après l'amputation et bien que la portion du col enlevée soit considérable, la cavité utérine mesure encore 6 cm. Colpo-périnéorraphie postérieure par excision d'un lambeau losangique; quelques points de capitonnage et par dessus suture de la muqueuse au catgut; suture cutanée au bronze. Sonde à demeure.

Suites. Ictère post-chloroformique; résultats immédiats satisfaisants au point de vue plastique et fonctionnel; sort guérie le 29 janvier.

XXI. — R., 36 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 13 janvier 1920.

Opération, le 16 janvier 1920 (chloroforme) : amputation haute du col et résection de la paroi vaginale antérieure par le procédé de Bouilly. Hémorragie assez abondante malgré la ligature des branches cervicales de l'utérine des deux côtés du col. Sutures au catgut. Colpopérinéorraphie par excision d'un lambeau losangique; suture vaginale au catgut et suture cutanée au bronze. Tamponnement; sonde à demeure.

Suites opératoires : le 23 janvier, ablation de la mèche; hémorragie secondaire; tamponnement à l'adrénaline.

Le 30 janvier, hémorragie abondante par la voie vaginale; tamponnement; syncope (caféine, éther, huile camphrée, sérum). L'hémorragie s'arrête, mais on n'a pu en trouver la source. Le 30 janvier, à 23 heures 40, détamponnement; hémorragie en nappe et en jet au niveau de la partie gauche de la tranche vaginale; pince à demeure; tamponnement à l'adrénaline. Décès à 4 heures du matin.

CONCLUSIONS

Nous croyons avoir montré, au cours de cette étude, l'excellence de la méthode de traitement de Bouilly dans la cure de certains prolapsus génitaux.

Basée sur l'étude claire et précise que son auteur a faite des lésions de ces prolapsus, cette méthode s'adresse successivement à tous les éléments de l'affection : elle est « rationnelle et complète » comme l'a dit si justement Bouilly. Et notons cependant que le problème de la guérison est malaisé, les facteurs de la lésion étant nombreux, les indications curatives multiples.

Ce procédé, consacré par une longue expérience, conserve utilement l'utérus et a, de plus, l'avantage de se plier à toutes les exigences d'ordre pratique.

Il est encore d'application facile : l'opération très méthodique et très bien réglée ne présente pas de difficulté sérieuse pour quiconque a une certaine habitude de la chirurgie vaginale.

Après des suites opératoires généralement simples, nous constatons des résultats immédiats toujours satisfaisants. Les bénéfices de l'intervention se maintiennent de

façon constante (six fois sur six observations) et cela même après de nombreuses années (14 ans 1/2, 19 ans). Ces faits viennent encore plaider en faveur de ce traitement.

En définitive nous nous trouvons devant une méthode de valeur, une méthode de choix, dont l'usage n'est peut-être pas aussi répandu qu'elle le mérite.

BIBLIOGRAPHIE

Audebert. — Étude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col. *Ann. de gyn et d'obst*, 1898, t. 49, p. 20.

Andersch. — Résultats éloignés du traitement opératoire de la rétroflexion et du prolapsus utérin. *Arch. für gyn*, 1902.

P. Bégouin. — Précis de pathologie chirurgicale. (Masson éd. 1914).

Berrutti. — Prolassi dell'utero. *Gior. di ginec. et di pediat.* Torino, 1904, t. IV. p. 1-7.

G. Bouilly. — Le traitement des prolapsus génitaux. Rapport au Congrès de Chirurgie 1896. Presse méd. p. 562. Discussion (MM. les docteurs Péan, Richelot, E. Schwartz, Boursier, Routier etc.....) Presse méd. p. 613.

— De l'endométrite cervicale glandulaire. *Bull. et Mém Société de Chir.* 1893, t XIX. p. 112.

— et **Robert Lœwy**. Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux. *Revue de gyn et chir. abd.* 1902, t. VI, p. 579.

Clark. (J-G). — Ultimate results in one hundred cases of prolapsus uteri. *Tr. South. Surg. Ass. Phila* 1919, t. XXXI, 1020-1022.

Delanglade. — Prolapsus de l'utérus, un traitement par la réfection du diaphragme musculaire *Gaz. de gyn*. Paris 1904, t. XIX, p. 49-65

Pierre Delbet. — Périnéorraphie par interposition, 1902. Comm. à la Soc. de chir. (19 Nov.) *Gaz de méd. et de chir.* (27 Nov.).

Demain (Charles). — De la paramétrite récidivante associée au prolapsus utéro vaginal. *Th. Paris,* 1902-1903 N° 368.

Doléris. — Traitement des déviations utérines et des prolapsus génitaux ; la thérapeutique des déviations utérines. (Rapport) *Ann. de gyn et d'obst.* Paris 1911, 2s, t VIII, p. 714-718.

Duplay. — Prolapsus génitaux. *Bulletin médical* 1901 p. 213.

P. Duval et Proust. — Technique de la suture des releveurs au cours de la périnéorraphie, 1902 *Presse médicale* (22 Nov).

Ertzbischoff. — Contribution à l'étude du prolapsus chez les vierges et les nullipares. Gyn. Paris, 1905, p. 330-348, *Th. Paris*, 1904-1905, N° 476.

Fain. — Ueber Œtiologie und Therapeutic der Prolapsus uteri. Munchen 1913. M. Leutner.

J.-L. Faure et Siredey. Traité de gynécologie médico chirurgicale.

Fothergill (W. F.). — Clinical demonstrations of an opération for prolapsus uteri complicated by hypertrophy of the cervix. *Brist M. J.* London 1913, p. 762.

— Anterior colporrhaphy and amputation of the cervix combined as a single opération for use in the treatment of genital prolapse. *Am. J. Surg.* N. Y. 1915, t. XXIX p. 161-163.

F. Forgue et G. Massabuau. — Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet (éd. 1914, t. XXXIV).

Frank (R. T.). — A study of the anatomy, pathology, and treatment of uterine prolapse, rectocele and cystocele. *Surg. gyn. et obst.* Chicago 1917, t. XXIV, p. 42-60.

— Technic of vaginal plastic opération for cystorectocele and prolapse of uterus *Ibid* p 3-5.

Frankenthal. — The vaginal operation for prolapse of the uterus ; general considerations. *J. Am. M. Ass*, Chicago, 1909, t. III, p. 16-22.

Mc. Glinn's. — The cure of prolapse of the uterus. *Tr of Coll of Phy of Philadelphia*, 1917, 3s, XXXIX, p. 18-32.

Goffe (J. R.) — The treatment of prolapse of the uterus with attendant cystocele and rectocele, *N.-Y., M.-J.,* 1912, t. XCV, p. 1021-1025.

Guénard (Raymond). — De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly et de l'hysteropexie obturatrice, *th. Paris*, 1902-1903, n° 356.

Guibout. — Conséquences obstétricales possibles de l'amputation sous-vaginale du col. *th. Paris*, 1899-1900

Jacoby. — Ueber Prolapsoperationen und deren Dauerresultate *Arch. für Gyn·* Berlin 1903 t. lxx, p. 506 537.

Jayle. — Technique de l'amputation du col de l'utérus. *Presse méd.* 1906, t. XIV, p. 762.

Jellett. — The relation of theory and practice in the operative treatment of genital prolapse. *Canada M. Ass. J.* Toronto, 1914, t. IV, p. 661-774.

Krukowa (Vera). - Colpectomie dans les prolapsus. Genève, 1903, *J. Stüder.*

Labadie-Lagrave et **Legueu**. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.

Ch. Lenormant et D. Petit-Dutaillis. - Indications et résultats de l'opération de Bouilly. Amputation haute du col et colpectomie dans les grands prolapsus génitaux. *La Gynécologie,* Avril 1914.

— Amputation haute du col utérin combinée à la colpectomie (opération de Bouilly) dans le traitement des prolapsus génitaux (*Journal de chirurgie*, Avril 1914, t. XII, n° 4.)

Mangin. — Traitement du prolapsus de l'utérus. Résultats éloignés. Congrès de gynécologie 1896, *Presse méd.*, p. 488.

Marion. De l'oblitération du cul de sac de Douglas dans le traitement de certains prolapsus utérins. *Revue de gyn. et d'obst.* 1909, t. XIII, p. 465-470.

Mauclaire.— Prolapsus génitaux, 1900, *Journal des praticiens*, p. 17.

Mayo. — Utérine prolapse with associated pelvic relaxation. *Surg. Gyn. and obst.* Chicago 1915, t. XX, p. 253-260.

Mercadé. — Les lésions dans les prolapsus génitaux et leur traitement chirurgical. *Arch. mens d'obst. et de gyn.* 1918, t. VII, p, 306-315.

— Cure radicale des prolapsus génitaux de la femme par un nouveau procédé de colpopérinéorraphie. *Presse méd.* 1918, t. XXVI, p. 573-575.

Michaux (**P.**). — Les résultats éloignés de la suture du périnée antérieur dans le procédé de Salva Mercadé pour la cure radicale des prolapsus génitaux de la femme. *Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, 1919, t. XLV, p. 505-511.

Muller (**B**) — The relation of malposition of the utérus to endometritis. *Am. J. Suig* , N. Y., 1906, t. XX, p. 15-17.

Pankratz Meyer. — Prolapsoperationen und ihre Resultate Bericht uber 240 Fälle aus der Universitats frauenklinik. zu München. München, 1912, Müller und Steinicke.

Parsons (**I**). — Injection of the broad ligaments for prolapsus uteri. *Hospital London*, 1911, p. 1459.

Pichevin. — Traitement du prolapsus utérin par le procédé dit de Wertheim *Semaine gyn.*, 1906, t. XI, p. 345,

— A propos de l'allongement hypertrophique du col. *Semaine gyn.* 1906, t. XI, p. 201.

— De la métrite chronique accompagnée de prolapsus et de rétrodéviation de l'utérus. *Semaine gyn* 1910, t. XV, p. 281.

Pinard, Segond, Couvelaire — De l'amputation du col pendant la grossesse dans le cas d'allongement hypertrophique de sa

portion vaginale. *Comm. Société d'Obst. de gyn. et de Pœd* (13 octobre 1906).

Piquand (**G.**) et **Hue.** — Le releveur pubo-vaginal et les prolapsus génitaux. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1908, t. XII, p. 3.

Potherat. — Prolapsus de l'utérus. *Revue internat. de méd. et de chir.*, 1913, t. XXIV, p. 183-187.

Potocki. — Traitement du prolapsus utérin. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1912, 2e s., p. 65.

Pozzi (**S.**). — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

Proust (**R.**). Précis de technique opératoire. Appareil génital de la femme (*ed.* 1918).

Reclus. — Prolapsus utérin des nullipares. *Gazette des Hôp.*, 1988, t. XXXI, p. 351

Sauvage. — Allongement hypertrophique du col pendant la grossesse. *Comm. à la Soc. d'Obst., de gyn. et de Pœd.* (12 nov. 1906.)

Savariaud. — Colpectomie totale pour prolapsus ou opération de Müller. *Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris.* 1906, t XXI, p. 118.

— Opération de Müller pour prolapsus ou colpectomie totale avec conservation de l'utérus. *Ann. de gyn. et d'obst.* 1906, 2 s. t. III, p. 606.

— Opération de Müller pour prolapsus combinée à la périnéorraphie, *Bull. et mém. de la Soc. de Chirg.* 1919, t. XLV, p. 1020-1022.

Trélat. — Clinique chirurgicale. Paris, 1891, t. II

Vaille. — Contribution à l'étude anatomique, pathogénique et clinique des rétroversions utérines, *Th. Paris*, 1905-1906.

Violet. — Prolapsus utérin primitif avec allongement apparent de la portion isthmique. *Lyon méd* , 1909, CXIII, p. 472.

— Hernies pré et rétro utérines dans la constitution des prolapsus. *Lyon chir.*, 1909-1910, p. 439 ; 710.

Violet. — Utilisation plastique de l'utérus par inclusion intervésico vaginale dans la cure des prolapsus génitaux. *Revue de gyn. et de chir. abd.* 1909, t. XIII, p. 981-1002.

— **et Bonnet.** — Contribution à l'anatomie pathologique de la cystocèle vaginale. *Lyon chir.* (oct 1910 ; p. 373).

Watkins. — Treatment of cystocele and uterine prolapse during the child bearing. *Surg. gyn. and obst.* Chicago 1918, t. XXVI, p. 570-574.

Treatment of cystocele and uterine prolapse. *Ibid* 1907, t. XXV, p. 1020-1022.

(Nous renvoyons à la thèse de Guénard pour compléter cette bibliographie).